

Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Katedra speciální pedagogiky



**TERAPEUTICKÁ KOMUNITA PRO ZÁVISLÉ OSOBY V ČESKÉ  
REPUBLICE**  
**(THERAPEUTIC COMMUNITY FOR ADDICTED IN CZECH REPUBLIC)**

bakalářská práce

Praha, 3. dubna 2012

vypracovala: Antonie Chrástecká

vedoucí práce: Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a pouze s využitím literatury, kterou cituji a uvádím v seznamu.

V Praze, dne 3. dubna 2012

---

Děkuji vedoucí bakalářské práce Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D. za její důsledné vedení a směřování při psaní bakalářské práce, a za vřelý přístup celého terapeutického týmu i klientů Terapeutické komunity Kladno – Dubí.

## OBSAH

Úvod .....	1
1. Závislost na psychoaktivní látce.....	2
1.1 Diagnostika závislosti .....	4
1.2 Vývoj vzniku závislosti.....	5
1.3 Příčiny vzniku závislosti .....	7
2. TK v systému služeb o drogově závislé .....	8
2.1 Prevence závislostí.....	8
2.2 Pobytové služby.....	9
3. Historie terapeutických komunit v ČR .....	10
3.1 Vývoj TK ve světě .....	11
3.2. Vývoj TK v České republice.....	12
4. Obecná charakteristika terapeutické komunity.....	15
5. Léčebná struktura .....	19
5.1 Režim .....	20
5.1.1 Jednotlivé aktivity v terapeutické komunitě.....	21
5.2 Pravidla .....	25
5.3 Fáze léčebného procesu a funkce.....	27
5.3.1. „Nultá“ fáze.....	27
5.3.2 První fáze.....	28
5.3.3 Druhá fáze .....	28
5.3.4 Třetí fáze .....	29
6. Šetření.....	30
6.1 Cíl šetření.....	30
6.1.1 Základní otázka a podotázky šetření .....	30
6.2 Charakteristika sledovaného souboru .....	30
6.3 Metody průzkumu.....	32

7. Interpretace výsledků šetření .....	33
7. 1 Charakteristika klientů a jejich léčby.....	33
7.2 Počátek braní drog/pití.....	36
7.3 Předešlé léčby .....	38
7.4 Důvody nastoupení do léčby.....	39
7.5 Vztahové zázemí.....	40
7.6 Hodnocení terapeutických aktivit .....	42
7.7 Předběžný cíl.....	44
7.8 Režim .....	47
Závěr šetření .....	48
Závěr.....	51
Literatura .....	53

# ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je terapeutická komunita pro závislé osoby v České republice. Pozornost je soustředěna na pochopení složitosti závislosti a syndromu závislosti, na popis místa TK<sup>1</sup> v systému služeb a popsání vývoje a struktury terapeutických komunit v ČR.

Motivem pro volbu tohoto tématu byla několikaměsíční praxe v zařízení Terapeutické komunity v Kladně - Dubí a zájem o problematiku zneužívání návykových látek. Šetření je zaměřeno na kvalitativní zmapování klientů TK, jejich drogové kariéry, léčby a současného pobytu v komunitě.

Lidé se od nepaměti snaží dosáhnout změněného stavu vědomí a určitého přesahu sebe sama. Tento stav lze navodit meditací, hypnózou nebo holotropním dýcháním, avšak pro někoho je snadnějším způsobem jak dosáhnout transcendentálního prožitku požití různých látek.

Primárně byly tyto látky určeny většinou pro využití ve zdravotnictví. To znamená, že jejich užívání mělo pozitivní vliv na léčbu nebo alespoň na zmírnění projevů nemoci. Lidé je však začali zneužívat a využívat i pro relaxaci, stimulaci, k navození halucinací apod. Také začali u těchto látek hledat uspokojení svých potřeb, smysl života či například zahnání nudy.

Po delším užívání se zjistilo, že některé osoby nejsou schopné své požívání látky kontrolovat a stávají se závislými na psychické i fyzické úrovni. Tyto látky začaly být označovány jako návykové látky, psychoaktivní látky, popř. drogy. Mezi ty patří například heroin, pervitin, marihuana, ale i alkohol a některá léčiva. Závislost může být vytvořena i na hraní výherních automatů (tzv. gamblerství), kofeinu nebo jídlu.

Jako odpověď na rozvoj zneužívání návykových látek začaly vznikat služby, které mají motivovat nebrání těchto látek, léčit uživatele a pomáhat v boji proti návratu k akutní intoxikaci. Terapeutické komunity se řadí mezi pobytové léčby pro uživatele návykových látek.

---

<sup>1</sup> Terapeutická komunita, dále pouze TK.

# 1. ZÁVISLOST NA PSYCHOAKTIVNÍ LÁTCE

Cílem této kapitoly je co nejvíce přiblížit složitost závislosti na psychoaktivních látkách.

Syndromem závislosti (dependency syndrom) se rozumí dle současné definice 10. Mezinárodní klasifikace nemocí skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil víc [Kalina 2008; Nešpor 2007]. „Centrální popisnou charakteristikou (symptomem) syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusejí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák“ [Kalina, 2008, s. 53; Hartl, Hartlová 2006, s. 587].

Závislost lze poté chápat jako životní styl, jehož dominantou je preferenční zaměření na tuto látku. Projevuje se určitými příznaky, které přetrvávají po dobu 12 měsíců [MKN- 10, 1992; DSM- IV, 1994; Smolík, 1996].

Jak uvádí Jeřábek [in Kalina a kol., 2008], základní terminologie rozlišuje tři pojmy v oblasti užívání návykové látky. Prvním je úzus psychoaktivní látky, kterým je prosté jednorázové užití nebo i opakované užívání látky, které nevede k žádnému signifikantnímu poškození uživatele. Dále je to její škodlivé užívání neboli abúzus. Jedná se o dysfunkční užívání, které je již rizikové a problémové. Dochází při něm k tělesnému, psychickému a/nebo interpersonálnímu poškození jedince. Třetím pojmem je samotný syndrom závislosti na návykové látce.

Závislost vzniká na základě vyústění abúzu. Stane se tak na základě pozitivní zpětné vazby, spočívající v subjektivně ceněné změně prožívání po požití psychoaktivní látky [Kalina, 2008]. „Závislost je stav vznikající interakcí mezi organizmem a drogou, který je charakterizován chováním člověka včetně jeho přítomného nutkání užívat drogu opakovaně, ustavičně.“ [Vaníčková, 2003, s. 3].

Snad každý člověk, který někdy požil alkohol či jinou návykovou látku, ví, že požití přináší dobrou náladu až euforii, přináší uvolnění, ničí napětí a zábrany, člověk se cítí svobodný a nemá problémy s navazováním společenského či sexuálního kontaktu.

Při dlouhodobém užívání, kdy se změny v mozku a mozkových drahách způsobené požíváním látky stávají trvalými, začíná jedinec prožívat stavy opačné – příjemné pocity jsou nahrazeny nepříjemnými, nabuzenost střídá unavenost. To ho však nutí znovu požívat drogu, jelikož si pamatuje, jaké pocity mu požití přinášelo dříve, a potřebuje se zbavit nepříjemných prožitků. Člověk začíná být chycen v tzv. bludném kruhu závislosti.

A co vlastně vede jedince k tomu, aby začal takové látky brát? Lidé žijí svůj život ve světě vztahů protikladů. To u nich vyvolává pocity napětí a neklidu, avšak pro lidský vývoj je tento vztah protikladů nepostradatelný. Zde můžeme hledat i hlubší lidské motivace pro požívání drog:

- *„Potřebu vyhnout se bolesti či nalézt zklidnění, ulevit si od bolesti fyzické i duševní na individuální či na kolektivní úrovni. Patří sem i bolest z prožívané nudy, z neuspokojení, bolest z pocitů odlišnosti od druhých, z nízkého sebehodnocení;*
- *potřebu cítit se energický, výkonný, kompetentní, bezproblémový, zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout euforie a radosti;*
- *potřebu transcendence utrpení v zážitku splynutí a/nebo sebepřekročení, jednoty se sebou samým a s druhými, jednoty s Bohem a podobně.“*

[Kalina a kol., 2008, s. 18]

Tyto potřeby jsou tedy častými důvody, proč jedinec začne užívat návykové látky. Některé totiž umocňují tento prožitek – opioidy (např. heroin) tlumí bolest, stimulancia (např. amfetaminy) navozují slast a euforii a halucinogeny<sup>2</sup> (např. LSD) umožňují proniknout do hloubi lidské psychiky, alkohol pomáhá uvolnit stres a napětí.

Dnes se vede polemika o tom, zda je drogová závislost nemoc. Heller a Pecinovská [2011] o závislosti hovoří jako o velmi závažné chorobě. Pokud se lidé nechtějí znovu dostat do bludného kruhu závislosti, je nutné, aby se navždy zřekli požívání návykových látek, tzn. abstinovali.

---

<sup>2</sup> U halucinogenních látek se můžeme také setkat s označením psychedelika.



V USA byla drogová závislost poprvé definována jako nemoc v roce 1934. Na druhé straně existují zastánci protipólu, kteří odmítají hovořit o závislosti jako o nemoci.

### 1.1 DIAGNOSTIKA ZÁVISLOSTI

Pro diagnostiku syndromu závislosti je stanoveno šest kritérií [Nešpor, 2007, 2001; Heller, Pecinovská, 2011; Orlíková, 2007; Raboch, Zvolský, 2001 ], jimiž jsou:

1. Silná touha nebo pocit puzení užívání látky (craving neboli bažení);
2. potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky;
3. tělesný odvykací stav;
4. průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami;
5. postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku;
6. pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Hlavními příznaky drogové závislosti jsou sice tolerance a abstinenční příznaky, ale pro stanovení diagnózy nejsou nezbytné [Atkinsonová, 2003]. Definitivní diagnóza by měla zaznít až ve chvíli, kdy minimálně tři projevy z popsanych šesti přetrvávají u jedince alespoň po dobu jednoho roku.

Syndrom závislosti spadá v diagnostice podle Mezinárodní klasifikace nemocí - 10.revize - do kategorie Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek [2000; Raboch, Zvolský, 2001]. Psychoaktivní látky tedy vyvolávají tyto poruchy (uvádím je i s jejich diagnostickým označením):

F10 Poruchy vyvolané užíváním alkoholu

F11 Poruchy vyvolané užíváním opioidů

F12 Poruchy vyvolané užíváním kanabinoidů

F13 Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik

F14 Poruchy vyvolané užíváním kokainu

F15 Poruchy vyvolané užíváním jiných stimulantů (včetně kofeinu)

F16 Poruchy vyvolané užíváním halucinogenů

F17 Poruchy vyvolané užíváním tabáku

F18 Poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel

F19 Poruchy vyvolané užíváním několika látek a užíváním jiných psychoaktivních látek

Jedinec a jeho závislost na jakékoliv látce (či skupině látek) prochází svým vývojem. Myslíme tím, že závislost nevzniká z ničeho nic. Jedná se o postupný individuální vývoj, ve kterém lze sledovat jisté zákonitosti.

## 1.2 VÝVOJ VZNIKU ZÁVISLOSTI

Jellinek [in Heller, Pecinová, 2011] určil stádia rozvoje závislosti<sup>3</sup>. Jedná se o pět stádií, která probíhají u každého člověka s individuálními odlišnostmi, a není samozřejmostí, že u každého k rozvoji závislosti dojde.

1. Stádium iniciální, počáteční: člověk v tomto stádiu pije proto, že neumí své problémy řešit v realitě, a tak se je pokouší vyřešit postupně pomocí alkoholu. Jak už jsem uvedla, jedinec se tak zbavuje například napětí či jiných nepříjemných pocitů. Ve společnosti se drží společenských norem a je znám jako „ten, co toho hodně vydrží“.

2. Stádium prodromální, varovné: jedinec má potřebu toho vypít více než ostatní, a tak začíná pít i v soukromí, z čehož má následně pocity viny a studu. Bojí se, že jeho pití může být nápadné, a tak se ve společnosti maximálně kontroluje. Tím docílí toho, že okolí nic nepozoruje, ale on se

---

<sup>3</sup> Jellinek popisuje stadia u rozvoje alkoholismu, avšak tato stádia mohou být aplikována na jakoukoliv jinou návykovou látku.

díky maximálnímu psychickému vypětí může dostat i po menší dávce alkoholu do tzv. okénka<sup>4</sup>, kdy si nepamatuje průběh intoxikace.

3. Stádium kruciální, rozhodné: alkohol se v tomto stadiu stal součástí základních metabolických dějů a změnila se reakce organismu na jeho určitou dávku. V této chvíli ještě roste tolerance. Skoro každé napití končí opilostí a pokud ne, tak se naopak utvrzuje v tom, že situaci naprosto zvládá. Začíná se objevovat alkohocentrické chování, které se vyznačuje tím, že požívání alkoholu a následné alkoholové opojení je nejčastější aktivitou, do ústraní jdou všechny koníčky a zájmy. Alkohol si i schovává a po více dní je častěji opilý než střízlivý. Tlak okolí roste a někdy je i důvodem k dlouhodobější abstinenci, která však většinou paradoxně vede k utvrzení v tom, že má pití pod kontrolou. Své pití si dokáže racionálně vysvětlit – vybudovává si zde tzv. racionalizační systém.

4. Stádium terminální, konečné: zde již začíná klesat tolerance a objevují se orgánová poškození. Náplní dne je sehnat si drogu, která má přednost i před nejzákladnějšími životními hodnotami. Nestará se o děti, o profesi ani sám o sebe. Nastupuje degradace osobnosti. Charakteristickým znakem 4. stádia je nepříjemný stav po vystřízlivění, který je pacient „nucen“ léčit další dávkou drogy – tzv. ranními doušky. V tomto stavu není schopen fungovat bez drogy, ale už ani s drogou.

V prvním a druhém stádiu se ještě nejedná o chorobu v pravém slova smyslu. Ta začíná až na přelomu druhého a třetího stádia, kdy se přidruží tzv. okénka. Avšak k vyhledání pomoci dochází většinou až ve čtvrtém, terminálním stadiu, někdy dokonce až po pokusu o sebevraždu. Pokud se v této chvíli nezačne jedinec léčit, mohou se stát následky užívání návykové látky trvalými a neodstranitelnými.

Stále tu však zůstává nedostatečně zodpovězena otázka, co jedince vede k tomu, že prochází všemi těmito stádii, a nakonec se stává závislým.

---

<sup>4</sup> V odborné literatuře můžeme pro toto okénko nalézt také označení *palimpsest*.

### 1.3 PŘÍČINY VZNIKU ZÁVISLOSTI

V současnosti je nejvíce používaným modelem vzniku závislosti tzv. bio-psycho-socio-spirituální model [Rotgers, 1999; Kalina a kol., 2003, 2008]. To znamená, že na vzniku závislosti se podílejí 4 dimenze: biologická, psychologická, sociální a spirituální. Tyto dimenze také vystihují úrovně, na kterých dlouhodobé užívání látky působí problémy.

Látka vstupuje do těla a především do mozkových struktur jedince, kde způsobuje určité změny. To je dimenze biologická. Do biologických příčin závislosti se řadí dále genetická podmíněnost či problematické okolnosti v těhotenství matky.

Psychologická dimenze zahrnuje faktory vzniku závislosti, týkající se například traumatických zážitků, stresu, péče a uspokojování potřeb v dětství a již zmíněných příjemných nebo nepříjemných prožitků, kdy se návyková látka stává v závislosti zdrojem úzkosti a depresí. Užívání psychoaktivních látek se často pojí s psychickými poruchami a onemocněními [Gossop, c2009]. U závislého se také projevují charakteristické osobnostní znaky, jako jsou nízké sebevědomí, malá sebeúcta a výrazná sebelítost.

Na začátku závislosti se také na psychické úrovni vyskytují důvody, které souvisí s prožitkem nudy, s možností zažít něco neobvyklého, s nedostatkem zájmů a nevyplněným volným časem.

Samozřejmě člověk, který má problémy s návykovou látkou, začíná mít potíže se svými sociálními vztahy, blízcí lidé jej opouštějí, ztrácí práci. Situaci, kdy ztrácí sociální síť kolem sebe, znovu řeší užíváním látky, popř. látek. Často jedinec nakonec zůstane sám, jelikož i rodina ho opustí. Proto je také důležité v léčbě zapojit do programu rodinné příslušníky, partnery nebo jiné blízké osoby. Tyto popsané znaky se týkají dimenze sociální.

Poslední dimenze se týká spirituálního života jedince. Tomu někdy chybí smysl a účel života, cítí se prázdný a nemá žádné duchovní hodnoty a autority. Čeká, že spirituální potřeby mu uspokojí drogy. Že dosáhne přesahu sebe sama. Avšak opak je pravdou. Následný život závislého jedince je orientován především na okamžité uspokojování potřeb (všechn čas je věnován droze – shánění peněz, drogy a její aplikace).

Je tedy důležité, aby tyto dimenze byly zohledněny i v léčbě drogově závislých.

## 2. TK V SYSTÉMU SLUŽEB O DROGOVĚ ZÁVISLÉ

V České republice existuje poměrně dobře provázaný systém služeb pro uživatele návykových látek. Jednotlivé služby vycházejí jak z individuálních potřeb jednotlivců, tak z potřeb dané oblasti a navzájem na sebe navazují.

### 2.1 PREVENCE ZÁVISLOSTÍ

Služby v oblasti závislosti můžeme rozdělit dle druhu prevence, kterou se zabývají. „*Prevenci závislosti je nutno chápat jako aktivitu vedoucí k posílení a ochraně zdraví a výchově ke zdravému způsobu života*“ [Heller, Pecinovská, 2011, s. 198]. Rozlišují se tři druhy prevence: primární, sekundární a terciární.

Primární prevence má ve svém cíli udržet a především podporovat zdraví u jedince i celé společnosti. Pracuje se zdravou populací, kterou motivuje k udržení plnohodnotného zdravého života bez závislosti na drogách. Je to veškerá aktivita spojená s předcházením sociálně patologickým jevům. Nejznámější programy primární prevence jsou tzv. Peer programy, které probíhají ve školách.

Práce se samotnými uživateli drog, kdy jde především o rozpoznání závislosti a zmenšení škod pomocí léčby, se nazývá sekundární prevence. „*Cílem sekundární prevence je včasné zajištění odborné pomoci a úzdravy ve smyslu bio-psycho-sociálním*“ [Heller, Pecinovská, 2011, s. 202]. Do této oblasti se řadí mimo jiné i terapeutické komunity.

Třetím druhem prevence je terciární, která zahrnuje opatření zabraňující návratu akutního stadia závislosti, podporuje výsledky léčby a postupné odstranění následků [Heller, Pecinovská, 2011]. Především se soustředí na podporu nového hodnotového systému, zdravého a aktivního životního stylu a vytvoření sociální zodpovědnosti.

Sekundární a terciární prevence se v mnoha ohledech překrývají. Někdy není možné jednoznačně odlišit služby spadající pod sekundární prevenci od služeb terciární prevence.

Pro naši práci je nejdůležitější sekundární prevence, a to konkrétně pobytové (rezidenční) služby pro závislé osoby. Proto se jim budeme věnovat v další kapitole.

## 2.2 POBYTOVÉ SLUŽBY

Služby pro uživatele návykových látek můžeme rozdělit podle délky programu [Nevšímal, 2007] na: krátkodobé (3-4 měsíce), střednědobé (6-8 měsíců) a dlouhodobé (9-15 měsíců).

*„Léčba je v podstatě kombinací přístupů poradenských, psychoterapeutických a sociálně-pracovních, které jsou prováděny v rámci léčby (intenzivní) ambulantní, ústavní i rezidenční“* (Kalina, Minařík in Gabrhelík, Šťastná, Holcnerová, Miovský, Minařík, 2010).

V samotné léčbě není možné dosáhnout úplného vyléčení. *„Léčba tedy nevede k vyléčení chorobného stavu (tzn. návratu do stavu před vznikem choroby), ale dosahuje pouze úzdravy (tj. vymizení příznaků choroby), pro jejíž udržení je nutné důsledné a trvalé dodržování bezalkoholní diety – vzdání se konzumace alkoholických nápojů v jakkoliv malém množství a trvale po celý život“* [Heller, Pecinovská, 2011, s. 121].<sup>5</sup>

Před vstupem do ústavní léčby by měl jedinec projít detoxifikací<sup>6</sup>, avšak není to podmínkou. Detoxifikační jednotky jsou určeny ke zvládnutí odvykacích stavů a intoxikace návykovou látkou, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení, například na jednotce intenzivní péče nebo ARO [Kalina a kol., 2003]. Některé psychiatrické léčebny mají zřízeny svoje detoxifikační jednotky (například Červený Dvůr, Bohnice).

Někteří závislí procházejí „detoxem“ ne za účelem jít se následně ústavně léčit, ale za účelem „odpočinout si“ od návykových látek a snížit tím svou toleranci k droze.

Ten, kdo se rozhodne dále pokračovat v léčbě v rezidenčním zařízení, má na výběr několik možností. *„Ústavní léčba probíhá v psychiatrických léčebnách, odděleních nemocnic a psychiatrických klinikách. Jedná se o střednědobou léčbu, která trvá průměrně 3 měsíce. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách je oproti předchozímu typu léčby dlouhodobá, trvající průměrně necelý jeden rok (9-12 měsíců).“* [Gabrhelík, Šťastná, Holcnerová, Miovský, Minařík, 2010].

*„U nás se používá spíše krátkodobá ústavní léčba s následným doléčováním a dispenzarizací v ambulantních programech“* [Heller, Pecinovská, 2011, s. 131]<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Toto se týká nejen závislosti na alkoholu, ale na jakékoliv návykové látce.

<sup>6</sup> Oproti tomu detoxikace je pouhé očištění těla od škodlivé látky.

<sup>7</sup> Heller a Pecinovská považují za krátkodobou léčbu období trvající přibližně 3-4 měsíce.

Střednědobá ústavní léčba trvá většinou již uvedené tři měsíce, nejdéle může trvat 6 měsíců. Cíle ústavní léčby jsou většinou sestavovány na základě individuálních potřeb klientů. Za jeden hlavní společný cíl by se mohla považovat především trvalá abstinence.

Jako další možné cíle léčby se uvádí následující [Kalina a kol., 2008, s. 381]: „*stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí; vybudování náhledu – uznání závislosti jako svého problému; řešení důsledků drogové kariéry (dluhy, rozchody atd.); přebudování motivace – z vnější na vnitřní, pozitivně formulovanou; zvnitřnění abstinčních norem a běžných norem chování; identifikace rizik relapsu a nalezení strategie minimalizace těchto rizik; změna sebepojetí a zlepšení prožívání.*“

Dle Hellera a Pecinovské [2011] musí léčebný postup zajistit tyto úkoly:

- Odstranit drogu z organismu.
- Obnovit a rehabilitovat somatické funkce organismu.
- Obnovit psychické funkce a vytvořit pozitivní struktury psychiky (náhled apod.)
- Odstranit základní problém – doplnit schopnost řešit životní situace bez drog.
- Přijetí a stabilizaci životního stylu s dietou.
- Resocializaci.

Ideálně by na léčbu v psychiatrické léčebně měla navazovat terapeutická komunita či jiné doléčovací zařízení, které se soustředí na udržení změn v chování a životním stylu jedince.

To, jak se terapeutické komunity v našem prostředí vyvíjely do současné podoby, je předmětem další kapitoly.

### 3. HISTORIE TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT V ČR

Historie vývoje terapeutických komunit v České republice je ovlivněna do určité míry vývojem ve světě, ale také ostatními okolnostmi, kterými byl například politický režim v Československu.

### 3.1 VÝVOJ TK VE SVĚTĚ

*„Myšlenka terapeutické komunity vznikla ve Velké Británii během druhé světové války. Válečné útrapy přivedly do britských nemocnic četné vojáky s reaktivními neurotickými a psychosomatickými poruchami“* [Kratochvíl, 1979, s. 8].

Po válce (polovina 20. století) dochází k rozvoji terapeutických komunit v dnešním slova smyslu ve dvou směrech. První komunity jsou určené pro klienty s různými poruchami duševního zdraví (neurózy, psychózy, poruchy osobnosti apod.). Ty jsou nazvány jako tzv. „demokratické“. Druhý směr terapeutických komunit se označuje jako tzv. „hierarchické“ komunity, specializované na drogově závislou klientelu.

*„Původní, starý typ TK vznikl v anglické psychiatrické léčebně ke konci druhé světové války“* [Skála, 1987, s. 85]. Byl postaven na idejích Maxwella Jonese, který se snažil o zavedení demokratického systému. Základní myšlenkou byla otevřená komunikace a stejný podíl na řízení a rozhodování pro všechny členy komunity (jak pro klienty, tak i pro tým).

*„Nový typ se začal formovat počínaje rokem 1958 především pro potřeby léčby závislostí“* [Skála, 1987, s. 85]. Dederich byl první, kdo takový typ TK založil jako svépomocnou skupinu lidí závislých na drogách, která navazuje na principy Anonymních alkoholiků. Tato komunita založená Dederichem nesla název „Synanon“.

Bion, Foukles a Main, kteří působili v Northfieldské vojenské nemocnici v Birminghamu, jsou představiteli druhého směru – tzv. demokratického. Nezávisle na nich se však tímto směrem vydal i již zmíněný Maxwell Jones. Demokracie byla pro Jonese pokusem zrušit pořadí pozic a dosáhnout rozhodnutí konsensem, ale rozhodně ne nahodile. Z tohoto typu terapeutické komunity čerpáme v ČR jen velmi málo.

*„V hierarchicky strukturovaných TK jsou rozhodnutí tvořena v závislosti na služebním pořadí, a nakonec vedoucím“* [Nevšímal, 2004, s.197]. Vedoucí v těchto hierarchicky strukturovaných komunitách musí být demokraticky kontrolován, aby nedocházelo ke zneužívání moci.



Samotný termín „terapeutická komunita“ byl poprvé použit ředitelem psychiatrické léčebny Mainem v článku o Northfieldském léčebném programu [Kratochvíl, 1979; Nevšimal 2004]. U nás se poprvé o TK ve spojení s narkomany zmínil Kratochvíl.

Za zmínku také stojí polský odborník Marek Kotański. Ten byl významnou osobou v péči o bezdomovce a narkomany. V Polsku založil provázanou síť center, která nesla název Monary.

Mohlo by se zdát, že v ČR šlo o prostý odraz vývoje proudů hierarchických a demokratických komunit ve světě, avšak vývoj nebyl tak jednoduchý. *„Specifická situace komunistického Československa s podřízeností sovětské ideologii a vysokou mírou uzavřenosti vůči západním myšlenkovým proudům podnítila specifický vývoj“* [Kalina, 2008, s. 65].

### 3.2 VÝVOJ TK V ČESKÉ REPUBLICE

Jak píše Kuda [in Nevšimal, 2007], pro vývoj našich terapeutických komunit je nejdůležitější hierarchický model, jelikož TK vznikající u nás po roce 1990 lze považovat za hierarchické. Avšak byla provedena studie hodnocení profilu českých TK [Nevšimal, 2007]. Ze studie vyplývá jisté potvrzení obecnějšího názoru, že terapeutické komunity pro drogově závislé v ČR představují specifický průnik „hierarchických“ TK pro závislé a „demokratických“ TK. Kalina [2008, s.74] také uvádí, že *„o českém modelu můžeme hovořit jako o zdařilé syntéze demokratické a hierarchické linie, syntéze, kterou se světový vývoj mnohdy teprve snaží hledat“*.

*„Model a termín terapeutické komunity se u nás postupně vynořoval a diferencoval z dobového ideologicky konformního konceptu kolektivu, který má pozitivní vliv na jednotlivce v mnoha situacích, a tudíž i léčbě“* [Kalina, 2008, s. 65]. V této době byla pro český vývoj důležitá práce A. S. Makarenka<sup>8</sup>, který vybudoval ve 20. a 30. letech na Ukrajině několik pobytových výchovných zařízení pro sociálně a mravně narušenou mládež, kterými se u nás inspiroval Jaroslav Skála.

První svépomocné organizace pro alkoholiky vznikaly podle Skály již v obrozené době v 19. století, kdy vznikaly tzv. spolky střízlivosti jako forma pomoci sedlákům, kteří nevěděli co počít s nabytou svobodou po zrušení nevolnictví a propíjeli vlastní grunty.

---

<sup>8</sup> Více o práci A. S. Makarenka v Kalinovi (2008).

*„První protialkoholní léčebna vznikla u nás v r. 1909 ve Velkých Kunčicích, která po pěti letech fungování skončila“* [Nevšímal, 2004, s. 185]. Poté vznikaly další poradny či kluby pro alkoholiky, avšak první specializované lůžkové oddělení pro studium a léčbu alkoholismu v ČR, fungující na principech terapeutické komunity, bylo založeno doc. MUDr. Jaroslavem Skálou, CSc., pod názvem Apolinář.

Apolinář vznikl při dnešní psychiatrické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy ve Všeobecné fakultní nemocnici, kde funguje dodnes jako Protialkoholní oddělení. Byl orientován a specializován pouze na lidi se závislostí na alkoholu, u nichž Skála dosahoval pozoruhodných výsledků.

Nejprve začal v roce 1947 Skála s averzivní léčbou. Rok nato zřídil v prostorách Psychiatrické kliniky socioterapeutický klub, který měl za vzor Anonymní Alkoholiky [Nevšímal, 2004]. Nazval jej „KLUS“ (Klub lidí usilujících o střízlivost) a jednalo se o doléčovací program, který se stal faktickým počátkem Apolinářské komunity, která svou konečnou podobu dostala v roce 1952.

Nebyl ještě „klasickou“ terapeutickou komunitou, avšak už od svého počátku program zahrnoval některé komunitní prvky - pravidelné setkávání, společný cíl, stejnou ideologii, určité rozhodovací pravomoci svých členů.

První „klasická“ terapeutická komunita byla založena v roce 1954 v Lobči pro pacienty s neurózami [Kratochvíl 1979; Nevšímal 2004; Kalina a kol., 2008] jako rehabilitační odbočka pražské psychiatrické kliniky pro pacienty s neurózami. Zakladatelem byl doktor Knobloch, který při studiu v Londýně navštívil komunitu Maxwella Jonese. Jeho přístup chtěl aplikovat i u nás, což se mu po malých komplikacích s umístěním komunity povedlo právě v Lobči. Jednalo se o komunitu autonomního typu. To znamená, že pacienti zde byli izolováni od vlastní rodiny přibližně na dobu 6-8 týdnů. Pro velké úspěchy – výrazné zlepšení stavu uvádělo 85-90 % pacientů [Nevšímal 2004] - byla TK v Lobči vzorem mnohým dalším vznikajícím komunitám. Navíc v návaznosti na tento pobyt bylo zřízeno doléčovací centrum Horní Palata jako pobočka Lobče.

Charakteristickým rysem většiny komunit pro neurózy v socialistických zemích se stalo splynutí terapeutické komunity a skupinové terapie, což, jak píše Kratochvíl [1979], nacházíme poprvé v Lobečské terapeutické komunitě.

V roce 1965 byla založena MUDr. Milanem Hausnerem TK na psychiatrickém oddělení v Sadské. Tato TK je známá především jako středisko experimentálního, léčebného a výcvikového používání LSD [Kalina, 2008].

Dále vznikaly komunity pro závislé na alkoholu v Brně (r. 1966 – zakladatel M. Bouchal), Kroměříži (r. 1971 – zakladatel S. Kratochvíl), Horních Beřkovicích a další. Terapeutická komunita se také aplikuje do oblastí vězeňství, diagnostických ústavů či do oblasti sexuologie.

Do této doby vznikaly většinou pouze terapeutické komunity pro závislé na alkoholu. K velkému rozmachu zneužívání tvrdých nealkoholových drog dochází po pádu komunismu. V odpovědi na tuto situaci vzniká první terapeutická komunita určená pro závislé na nealkoholových drogách v Němčicích [Kalina, 2008; Nevšímal, 2004]. Zakladatelem bylo občanské sdružení SANANIM. V roce 1998 toto sdružení založilo také komunitu Karlov, která umožňuje léčbu matek s dětmi.

Pro zajímavost uvedeme další terapeutické komunity, které u nás vznikaly – „White Light I“, která rozpracovala velmi komplexní program začlenění významných blízkých klientů do terapie a zaměřila se na mladistvé uživatele drog; dále „Pastor bonus“, který je jedinou komunitou poskytující léčbu i párům; dále například TK Magdaléna v Mníšku pod Brdy.

*„Oficiálního uznání jako legitimní léčebné modality pro uživatele návykových látek se u nás terapeutickým komunitám dostalo až v roce 2005 po schválení zákona č. 379/05 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, v němž jsou terapeutické komunity definovány jako služba odborné péče (§20, písm. H)“ [Nevšímal 2007, s. 15], avšak model TK byl používán již mnohem dříve.*

Dnes se často setkáváme s tím, že jak u nás, tak v zahraničí vznikají terapeutické komunity se zaměřením na specifickou klientelu. Jsou jimi například terapeutické komunity pro matky s dětmi, TK pro adolescenty nebo mohou být v podmínkách psychiatrické léčebny.

## 4. OBECNÁ CHARAKTERISTIKA TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

Nejnámější a v české odborné literatuře pravděpodobně nejvíce uváděnou definici terapeutické komunity určil Kratochvíl [in Kalina, 2008, s. 17] - terapeutická komunita je dle něho: *„zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví, vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování.“*

Dále je také známo Kratochvílovo rozlišování terapeutické komunity v širším a užším slova smyslu. V širším slova smyslu používá TK jako systém, v užším slova smyslu jako metodu. Kratochvíl [in Kalina, 2008, s. 199] uvádí: *„TK v širším slova smyslu je systém organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu i pacienti. Významnou složkou této formy organizace jsou schůzky personálu s pacienty, při nichž dochází k výměně informací a k projednávání problémů ve vzájemných vztazích, a schůzky personálu, ve kterých se usiluje o pochopení interpersonálních procesů v léčebné jednotce a objasnění reakcí členů léčebného týmu vůči pacientům a i vůči sobě navzájem. TK v užším slova smyslu je psychoterapeutickou metodou, při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci korekce maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování. Při společném soužití pacientů v každodenním bezprostředním styku, kdy jsou zajištěny různorodé činnosti a možnost diferencování rolí, poskytují vzájemné interakce, problémy a konflikty určitý materiál, na němž se pacienti učí poznávat svůj podíl ve vytváření, udržování a opakování svých životních problémů a konfliktů. Současně si mohou osvojovat nové, diferencovanější a přizpůsobivější formy chování.“*

Oba dva rozměry terapeutické komunity, které Kratochvíl vymezil, se dají v TK jistě nalézt.

Dle toho, v jakém prostředí se terapeutické komunity vyskytují, uvádí Nešpor [2007, s. 94] tři typy terapeutických komunit pro závislé:

- *„Terapeutické komunity v zařízeních poskytujících střednědobou léčbu (od několika týdnů do zhruba 4 měsíců).*
- *Modifikované terapeutické komunity pracující ve specifických podmínkách (např. ve vězení) nebo se specifickými pacienty (např. s těmi, kdo se kromě závislosti léčí pro jinou duševní nemoc).*
- *Klasické terapeutické komunity pracující podle amerických vzorů, kde trvá léčba jeden rok i déle, a dělí se typicky na úvodní stádium (do 60 dnů), stádium primární léčby (2-12 měsíců) a stádium návratu do společnosti („re-entry“, trvá 13-24 měsíců včetně ambulantního doléčování).“*

V naší práci se zaměřujeme na třetí typ komunity, která má jasnou strukturu léčby. Jedinci zde však mohou být i kratší dobu než je jeden rok, záleží na individuální domluvě s odborníky.

TK má jasné členění pobytu do fází a celkem přísná pravidla. Díky charakteristice a různým specifikům nemusí být TK vhodná pro každého. Pokud dojde k nedodržení pravidel, čekají na klienta určité sankce – např. zrušení vycházky<sup>9</sup>. A tak se lidé s nedostatečně rozvinutými sociálními schopnostmi, s dlouhotrvající závislostí a se špatným sociálním zázemím mohou v komunitě setkávat s velkými překážkami.

K terapeutickému působení v TK dochází už jen tím, že lidé zde žijí v jakémsi společenství<sup>10</sup>, které by mělo být pro každého bezpečným prostředím. Gibbons et al. [in Kalina, 2008, s. 18] vidí TK pro léčbu závislostí jako: *„bezpečné prostředí, v němž lidé se závislostními a jinými problémy společně žijí organizovaným a strukturovaným způsobem, což podporuje změnu a umožňuje život bez drogy ve vnější společnosti“.*

Kratochvíl [1979] shrnul pět hlavních principů terapeutické komunity, na základě kterých by terapeutická komunita měla pracovat.

#### 1. Aktivní podíl pacientů na léčení.

---

<sup>9</sup> O pravidlech více v další kapitole 5.2 Pravidla.

<sup>10</sup> Jsou známy i případy, kdy se z takového společenství stala až sekta (např. Dederichův Synanon).

2. Vytvoření dobré obousměrné komunikace na všech úrovních, tedy bez ohledu na hierarchii. To znamená, že o všem se může mluvit mezi klienty, mezi terapeuty, a i mezi klienty a terapeuty.

3. Zvýšená rovnoprávnost v rozhodování.

4. Kolektivnost.

5. Sociální učení. Především pomocí zpětných vazeb od ostatních klientů a členů týmu na chování a projevy klienta, které mohou být jak pozitivní, tak i negativní.

Pět v podstatě shodných zásad terapeutické komunity vymezil i Jones [in Kalina a kol, 2008].

Klienti v TK žijí v síti vztahů, ve které dochází k vzájemnému působení. Toto působení může být velkým pomocníkem v léčebném procesu. Díky soužití s ostatními si klient uvědomí vlastní hranice i hranice druhých lidí, učí se zodpovědnosti, zvyšuje si sebevědomí, je často konfrontován s důsledky svého jednání, učí se být otevřený (nejen vůči ostatním klientům, ale i vůči týmu) apod.

Soužití, kde prostor pro život sdílí více lidí, se stává také velkým zdrojem napětí a stresu. Je důležité o všem, co se v komunitě odehrává, mluvit a mít možnost své pocity ventilovat, což je umožněno na skupinách, komunitních setkáních nebo i v možnosti jít za terapeutem, který má aktuálně službu, a promluvit s ním. Také je možné svolat výjimečnou komunitu v naléhavých případech.

Všechny tyto skupinové procesy probíhají, jak již bylo zmíněno, v bezpečném prostředí. Tudíž si klient může bezpečně projít všemi konflikty, konfrontacemi a naučit se aktivně zvládat stres. „*Výsledkem je zvýšení sebevědomí a menší strach z odmítnutí*“ [Nevšímal, 2007, s. 32].

Psychoterapeutický proces zde probíhá ve dvou parametrech [Nevšímal, 2007]. Prvním parametrem je zaměření psychoterapeutického procesu na osobu a její vztahy k okolí i k sobě samému. Sociální učení, kdy psychosociální prostředí pomáhá navodit změnu u jedince, je považováno za parametr druhý.

Všechny uvedené charakteristiky terapeutické komunity pro závislé se dají shrnout do patnácti léčebných prvků [Nevšímal, 2007; Kalina a kol., 2008]. Pokud jeden z prvků chybí, je účinnost léčebného působení snížena. Jsou jimi:

1. Náhradní rodina, která s sebou nese bezpečné prostředí.
2. Ucelená filosofie.
3. Terapeutická struktura - V TK je jasná struktura, ve které jsou dána pravidla, ale jedinec musí mít příležitost v rámci těchto pravidel učit se z vlastních chyb. Klient také má možnost postupovat v komunitě v rámci hierarchie funkcí a fází, kterými se učí zodpovědnosti.
4. Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií.
5. Sociální učení prostřednictvím sociální interakce.
6. Učení se prostřednictvím krize – Z vývojových teorií je znám poznatek, že jedinec se dostává do určitých krizí, díky kterým se posunuje ve vývoji.
7. Terapeutický účinek všech aktivit komunit – Každá aktivita probíhající v TK je považována za terapii (i např. příprava jídla).
8. Odpovědnost klienta za chování – Klienti se v komunitě učí říci si o své potřeby a o pomoc.
9. Zvýšení sebevědomí díky úspěchům.
10. Internalizace pozitivního hodnotového systému.
11. Konfrontace - Nejlépe postupná, aby nedocházelo k velkému přetížení a stresu.
12. Pozitivní tlak vrstevníků.
13. Učení se rozumět emocím a vyjadřovat je – Klient se učí porozumět sám sobě.
14. Změna negativního přístupu k životu na pozitivní.

15. Zlepšení vztahů v původní rodině – Během celého pobytu se pracuje na zlepšení vztahů s rodinou a blízkými lidmi. Jsou pořádány rodinné terapie, ale může se pracovat také se symbolickým zastoupením rodičů v jiných aktivitách.

Terapeutická komunita nejen není vhodná pro každého, ale také zde dochází k velkému střídání klientů, a to z různých důvodů. Někdo léčbu nedokončí z osobních důvodů, poruší pravidla, nebo prostě již léčbu nezvládá. V případech, kdy je to vhodné, může být tým ochotný nabídnout klientovi na určitou dobu přerušení (např. týden, měsíc), po kterém se může vrátit, pokud mimo komunitu dodrží abstinenci, nebo i za jiných podmínek, které tým společně určí (např. pokud si najde práci).

A jací bývají nejčastěji klienti TK? Nevšímal [2007] v roce 2002 uvedl výsledky svého dotazníkového šetření, kde se zabýval klienty TK. V období, kdy toto šetření provedl, bylo v TK 64 % mužů a 36% žen. Věk klientů byl v průměru 23 let. Nemocných virovou hepatitidou B nebo C bylo 38 %. Poměr klientů léčených ze závislosti na heroinu a pervitinu bylo 50:50 a 40 % užívalo obě látky, z toho 94 % intravenózně. V průměru dochází k prvnímu intravenóznímu užití v 17,5 letech. Šetření přineslo další zajímavé výsledky, avšak uvádíme ty, které jsou důležité pro naši práci.

## 5. LÉČEBNÁ STRUKTURA

*„Základní koncepce léčby spočívá v tom, že člověk, který byl závislý, musí změnit své negativní sebepojetí na pozitivní, naučit se zvládat stres pozitivním způsobem a musí být schopen prožívat život jako uspokojivý“* [Nevšímal, 2004, s. 38].

Jak jsme již uvedli v předchozí kapitole, terapeutická komunita pro závislé má jasnou léčebnou strukturu, do které patří režim (jednotlivé druhy terapií a terapeutických aktivit), pravidla, jednotlivé fáze léčebného procesu a funkce klientů. Všechny tyto oblasti mu pomáhají změnit vnímání sebe sama, začít pracovat se zvládáním stresu a změnit svůj pohled a prožitek života.

Kalina [2008, s. 180] rozlišuje následující okruhy „struktur“:

- *„Soubor pravidel o chování (kardinální a další důležitá pravidla)*



- *Denní a týdenní rozvrh povinných terapeutických a výchovných či vzdělávacích aktivit, které probíhají předepsaným způsobem*
- *Uspořádání pracovních funkcí a povinností, které dodržují každodenní chod zařízení*
- *Členění léčebného plánu do fází a subfází*
- *Privilegia při pokroku v léčbě a disciplinární sankce při porušení pravidel“*

## 5.1 REŽIM

Režim neboli řád v terapeutické komunitě určuje každému obyvateli co, kdy a jak má dělat. „Podle Adamečka a spol. zahrnuje časovou strukturu dne a týdne, povinnosti klienta a požadavky na jeho chování v programu, způsoby hodnocení požadovaného chování a sankce za režimové přestupky a výhody za dodržování režimu“ [in Kalina, 2008, s. 111].

Ihned od prvního dne, kdy se klient dostane do komunity, je po něm vyžadováno, aby režim komunity dodržoval. Tím je na něj vyvíjen tlak, takže se ze začátku může proti řádu různými způsoby bránit. Venku by se v takové chvíli zachoval naučeným způsobem, tzn. užil by návykovou látku. To však není v prostředí komunity možné. Množství pocitů, které se u něj projeví, se díky skupině a terapeutům stává uvědomovaným a klient se je učí vyjadřovat [Kalina, 2008].

„Pokud slouží režim ke spokojenosti všech členů komunity, stává se velkou jistotou, vytváří bezpečný prostor a může tvořit dobré pozadí pro práci skupiny a pro naplnění cílů komunity“ [Nevšímal, 2007, s. 90].

Život v komunitě je jasně strukturovaný. Klienti mají denní program, podle něhož se každý den řídí. Den je většinou rozdělen na 3 jednotky po 8 hodinách – jednotlivé aktivity (terapie), spánek a volný čas. Víkendový režim je trochu odlišný, bývá více volného času. Volný čas, vycházky i třeba sociální volno (návštěva lékaře, vyřizování záležitostí na úřadech) si klient musí také plánovat.

Takto se učí klienti si všechno dopředu jasně rozvrhnout a držet se svého plánu, avšak existuje i tzv. pravidlo zdravého rozumu [Nevšímal, 2007]. To znamená, že struktura není porušena, pokud dojde k nějaké změně – například nepůjdu odklízet sníh, když nenasněžilo.

Každý člen komunity má také své individuální plány, ve kterých mu pomáhá garant. Garanta si klient vybírá sám, nebo je mu přidělen a společně podepisují tzv. garantskou smlouvu, která obsahuje krátkodobé a dlouhodobé cíle a kroky k jejich plnění. Klient se s garantem schází, a to většinou jednou za 14 dní, minimálně však jednou za měsíc, a probírají spolu postup k plnění cílů.

Klient si postupem času na celý režim a plánování zvyká a začíná pro něj představovat zdroj bezpečí a jistoty. Proto jsou klienti také vedeni k tomu, aby se plánování a režimu drželi i po odchodu z komunity. Nedodržení by pro ně mohlo znamenat zdroj nebezpečí a mohli by se uchýlit k dřívějším způsobům nakládání se stresem (došlo by k recidivě<sup>11</sup>).

#### **5.1.1 JEDNOTLIVÉ AKTIVITY V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ**

V TK probíhá mnoho aktivit, které jsou všechny součástí terapie. Některé jsou na denním programu, jiné jsou pořádány jednou za určitý čas. Některé aktivity mohou probíhat i mimo areál komunity.

Každou aktivitu, která je v TK organizována, může klient vnímat a hodnotit svým subjektivním pohledem, avšak každá má své nezastupitelné místo v léčebném procesu.

Velká rozmanitost terapeutických činností klade také velké nároky na tým TK. Většina terapeutů v TK pro drogově závislé prošla psychoterapeutickým výcvikem SUR.<sup>12</sup>

##### **5.1.1.1 Skupinové terapie**

Skupinové terapii je v TK věnováno hodně času – přibližně 3 - 4 hodiny denně. „*Využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku – vztahy a interakce jak mezi členy skupiny a terapeutem, tak mezi členy navzájem*“ [Nevšímal, 2007, s. 108].

---

<sup>11</sup> Jedinec znovu spadne do závislosti.

<sup>12</sup> Psychoterapeutický výcvik vzniklý na základě zkušeností s drogově závislými.

Na skupinových terapiích dochází k otevírání témat, která mohou být pro jedince i skupinu citlivá, a tak jsou často velmi viditelné emoce (což je správně). Klienti se zde mohou navzájem podpořit, sdílet své zkušenosti a navzájem si předat rady a názory.

Někdo může otevřít svůj problém, se kterým si neumí poradit a neví, jak ho vyřešit. Ostatní mu mohou dát rady, co by v této chvíli udělali, nebo mu i dokonce říci, že mají podobnou zkušenost.

Klienti mohou mít problémy s tím se na skupinách zapojovat, otevřít se nebo přicházet s vlastními tématy, která by potřebovali probrat. Je důležité, aby se pracovalo i s těmito potížemi. Následně klient může dostat i nařízené „brání“ si skupin. To znamená, že si musí povinně přinášet téma na skupinu. Skupinová terapie je však prospěšná, i když člověk naslouchá. Učí se nacházet se v chování a prožívání druhých a přijímá poučení (vhled do svých vlastních problémů) pro svůj další vývoj.

Skupiny se mohou rozdělovat podle náplně na autobiografické, interakční, tematické, vzdělávací apod. Pokud je klientů dostatek, může být zahrnuta do programu komunity i tzv. dělená skupina. To znamená, že klienti jsou rozděleni podle počtu na několik skupin, a v těch se scházejí. Nejčastěji bývají dělené skupiny zavedeny při stejném počtu mužů a žen v TK. To může usnadňovat otevřeně mluvit o některých tématech (příkladem může být znásilnění, ženské či mužské intimní problémy apod.).

#### **5.1.1.2 Individuální terapie**

Individuální terapie většinou v komunitě neprobíhá, avšak každý klient si po nástupu do komunity vybírá svého garanta, nebo mu je přidělen. Garantem je někdo z terapeutického týmu, který klientovi pomáhá s individuálním plánováním. Stanovují si společně krátkodobé a dlouhodobé cíle. Následně se domlouvají na krocích, kterými budou postupovat při plnění cílů. Garant s klientem se scházejí jednou za 14 dní nebo jedenkrát za měsíc a probírají spolu posun a následný postup k splnění cílů. Garant pravidelně musí hodnotit stav klienta a plnění léčebných plánů. Především klientovi slouží k osobní podpoře v rozvoji, pomáhá mu v jeho problémech a snaží se, aby se mu v komunitě dařilo.

Každý klient má povinnost vést si deník. „*Klient může deník používat k mapování svých emocí, nálad a chutí, monitorování vytyčených cílů, hodnocení svého fungování v komunitě a terapii, nebo třeba ke sledování financí*“ [Nevšímal, 2007, s. 133].

To, co do deníku klient napíše, záleží buď pouze na něm, nebo může být dána osnova témat, na která se klient zaměřuje. Deník odevzdává týmu, takže slouží i pro komunikaci s terapeuty, kteří mohou v deníku zanechat krátkou reflexi. Terapeuti se i díky deníku orientují v komunitním dění.

#### **5.1.1.3 Komunitní setkání**

Řadí se mezi jeden z klíčových znaků terapeutické komunity [Kalina, 2008]. Koná se každý den (v některých komunitách i dvakrát denně) nebo alespoň minimálně jednou týdně – pak jde o velké shromáždění komunity<sup>13</sup>, kde se hodnotí jednotliví klienti a celý život v komunitě. Klient shrnuje, jak si vede při plnění plánů, povinností a funkcí v komunitě.

Na komunitním setkání dochází ke konfrontaci s chováním klientů (dávají se zpětné vazby), řeší se řád v komunitě a jeho případné nedodržení, vytváří se pocit soudržnosti, předávají se informace a rozhoduje se o záležitostech komunity. Jedná se o setkání všech členů komunity (týmu i klientů).

Kratochvíl [1979] rozlišuje dvě funkce komunitního setkání – organizační a interakční. Organizační funkce spočívá v plánování života v komunitě, podílu klienta na řízení komunity a nácviku řešení problémů. Interakční funkce se týká řešení vztahů v kolektivu komunity a pocitů z nich. Rozebírají se zde i interakce mezi týmem a klienty.

#### **5.1.1.4 Rodinná terapie**

Každá terapeutická komunita by se měla snažit, pokud je to jen trochu možné, navázat vztah s rodinnými příslušníky, partnery či jinými blízkými osobami. Také si to samozřejmě musí přát klient.

Rodinné terapie mohou probíhat pravidelně v rámci programu, v rámci návštěv nebo se mohou konat jednou za delší období jako víkendová setkání. Tato setkání jsou dobře promyšlena a plánována dopředu a kladou jak na tým, tak na celou komunitu řadu povinností, avšak ve značné míře pomáhají ke zvýšení kvality klientů i blízkých osob, což všechny problémy spojené s přípravou převýší [Nevšímal, 2007].

Jak jsme již uvedli v první kapitole, příčiny závislostí jsou dnes vysvětlovány dnes nejčastěji pomocí bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Existují zde i další modely a

---

<sup>13</sup> Ve své praxi jsem se setkala s označením Volná tribuna. Na ni mohou přijít i rodiče a blízcí klienta, aby viděli, jak si v komunitě vede.

teorie, které se využívají v rodinné terapii drogově závislých. Nejužívanější jsou behaviorální, systémově orientované teorie a model nemoci rodiny.

Behaviorální teorie se problémem zabývají na základě naučených vztahových vzorců v rodině, hledají spouštěcí faktory a zpevňující důsledky pro další užívání látky [Rotgers, 1999].

Systémově orientovaná teorie závislosti předpokládá, že závislost může být důsledkem toho, že vztahy a rodinný systém uživatele návykových látek jsou patologické. „Tyto teorie se v praxi terapeutických komunit potvrzují, nelze je však aplikovat obecně“ [Nevšímal, 2007, s. 139].

Podle modelů nemoci rodiny [Rotgers, 1999] jsou všichni členové rodiny nemocní stejně jako závislý jedinec. Trpí tzv. codependencí, která může být přeložena jako spoluzávislost.

#### **5.1.1.5 Neverbální techniky**

Jak už naznačuje název, při těchto aktivitách není primárním účelem verbálně (slovně) komunikovat. Samozřejmě, že po dokončení programu by mělo následovat povídání si o tom, co jsme v předchozích chvílích prožívali a dělali, ale při samotné aktivitě by mělo docházet především k prozkoumávání možností neverbální komunikace.

Neverbální techniky mohou být pojaty různým způsobem podle toho, z jakého dramatického pojetí vycházejí [Nevšímal, 2007]. Psychodrama pracuje především s konkrétními příběhy z minulosti. Dalším pojetím může být výchovná dramatika. Zde se může pracovat například se strukturovaným dramatem nebo scénkami. Velmi ojediněle se vyskytují tyto techniky inspirované „dialogickým jednáním“ nebo volnou dramatickou hrou a hereckou improvizací.

#### **5.1.1.6 Arteterapie**

„Arteterapie používá expresivní aktivity k osobnímu symbolickému vyjadřování, těmito aktivitami jsou výtvarné produkty, ale i tanec, hudba, drama a další“ [Nevšímal, 2007, s. 120]. V některých komunitách mohou používat pouze výtvarné produkty, někde je kombinují s dalšími možnostmi vyjadřování.

Klienti vyjadřují pomocí arteterapie své prožitky, zážitky, seberozvíjejí se. Spolubytí ve skupině má také léčivý vliv. Zde může jedinec dát průchod i svým

traumatickým zážitkům pomoci jiného zpracování, než je mluvení o nich. Práce při arteterapii může spustit otevření se následně na skupinové terapii.

#### **5.1.1.7 Pracovní terapie**

Její velkou výhodou je, že má jasně viditelný výsledek a dochází při ní k osvojení, posílení či obnovení pracovních nácviků a dovedností. Klienti se podílejí na zajištění každodenního chodu komunity – vaří, uklízejí, starají se o okolí domu atd.

Vzájemná komunikace a spolupráce jsou zde důležité, jelikož při této terapii je jasně určená hierarchie [Kalina a kol., 2008]. Klienti, kteří jsou v nižší fázi, vykonávají nejméně zodpovědné práce. Ti, kteří jsou ve vyšších fázích, dostávají za úkol práce, které vyžadují větší míru zodpovědnosti. To, v jaké jsou klienti fázi, se pojí s možností, jaké funkce v komunitě mohou zastávat – například 1. kuchař (stará se o kuchyni a přípravu jídla), jemu pomáhají 2. a 3. kuchař, dále kronikář (vede kroniku), sněhulák (odklízení sněhu) atd. Asi nejzodpovědnější práce se pojí s funkcí „šéf domu“, který má na starosti chod komunity během celého dne.

#### **5.1.1.8 Volnočasové aktivity**

Záleží na tom, co klienta baví a k čemu má v rámci komunity podmínky. „*Volný čas v rámci strukturovaného programu navíc není časem pro izolování od společenství, ale především pro neformální interakce v nerůznějších situacích*“ [Kalina, 2008, s. 117].

Klienti si mohou naplánovat svůj volný čas individuálně - číst si knihu, psát dopisy - ale také ho mohou trávit společně – hrát společenské hry, sportovat. Výhodou společného trávení času je probíhající neformální setkávání, sbližování klientů a vzájemná podpora v aktivitách.

Činností v TK může existovat ještě další množství, avšak zaměřili jsme se především na ty, které se v programu komunity, ve kterém proběhl náš výzkum, objevují nejčastěji.

### **5.2 PRAVIDLA**

Každé společenství, kterým TK bezesporu je, musí mít pravidla, podle kterých by se měli řídit všichni jeho členové. Pravidel by mělo být přiměřené množství.

Rozlišujeme klíčová pravidla, další psaná pravidla, nepsaná pravidla, nevědomá pravidla. Kalina a kol. [2003] označují kardinální (klíčová) pravidla a další soubor pravidel

jako tzv. „legislativu komunity“, která členům poskytuje ochranu a bezpečí, ale také jim dává podněty pro sociální učení a změnu chování.

Všemi těmito pravidly by se měla komunita snažit co nejvíce přiblížit podmínkám v dobré rodině [Nevšímal, 2007]. Ve většině komunit existuje několik základních pravidel (klíčových, kardinálních):

- *“Neužívat drogy, alkohol či jiné látky ovlivňující vědomí.*
- *Neužívat násilí či výhrůžek.*
- *Nemít sex s dalším členem komunity.”*

[Kooyman, in Nevšímal, 2004, s. 38]

Mezi základními pravidly mohou být rozdíly v jednotlivých komunitách. Jako příklad mohou sloužit tato pravidla v TK Magdaléna, kde k výše zmíněným mají přidána další dvě – povinnost účasti na všech aktivitách a rozhodnutí komunity jsou závazná. Nebo naopak může docházet k toleranci vznikajících vztahů mezi klienty.

Tato pravidla jsou základní, tudíž za jejich porušení by mělo následovat okamžité vyloučení z komunity. Avšak realita nebývá tak přísná, aby komunita ze dne na den klienta vyhodila tzv. na ulici a on neměl již možnost se vrátit, alespoň dle naší zkušenosti. Dost záleží na individuálním posouzení situace a vysvětlení, co ho k takovému jednání vedlo<sup>14</sup>.

Pokud dojde k porušení hranic a pravidel, je vytvořen sankční nástroj. Takovým nástrojem je v TK bodovací systém.

Klient se po celou dobu léčebného procesu rozvíjí a učí se pomocí sociálního učení všem těmto pravidlům, povinnostem, hranicím a spoustě dalších dovedností. Souvisle s klientovým rozvojem dochází také k postupu v hierarchii komunity – tzn. postupuje fázemi a dostává nové funkce v komunitě, které se pojí s větší zodpovědností a povinnostmi.

---

<sup>14</sup> Na to upozorňuje u klíčových pravidel (především u bezdrogovosti prostředí) i Nevšímal [2007].

### 5.3 FÁZE LÉČEBNÉHO PROCESU A FUNKCE

Klienti přicházejí do komunity nejčastěji ze zdravotnického zařízení pro léčbu závislosti, kde prošli ústavní léčbou nebo pouze detoxifikací. Odtud míří<sup>15</sup> do terapeutické komunity, kde procházejí čtyřmi fázemi (0. - 3. fáze). Některé komunity mohou mít fáze pouze tři (1. - 3. fáze), kdy je vynechána nultá. Fáze jsou řazeny hierarchicky.

Postup těmito fázemi záleží na třech hlavních kritériích: „1) čas strávený v programu, 2) splnění všech povinností spojených s jednotlivými fázemi a 3) zřetelné pokroky v osobním růstu“ [Nevšímal, 2007, s. 91].

O postup si vždy klient žádá a je na posouzení týmu, zda jej do další fáze pustí. Také může dojít k postupu tak, že ho navrhne sám terapeutický tým, když má pocit, že se klient posunul dostatečně daleko v rámci fáze, ve které je, a dělá velké pokroky.

Každá fáze je spojena s povinnostmi, s vzrůstající zodpovědností a s měnící se pozicí ve skupině. Dále popíšeme základní znaky každé fáze [Nevšímal, 2003, 2007; Kalina, 2008; Kalina a kol., 2003, 2008].

#### 5.3.1. „NULTÁ“ FÁZE

V tomto období ještě není klientem komunity. Pobývá zde, ale čeká na přijímací rituál s podpisem smlouvy, o který si musí žádat. Tím bude oficiálně přijat do komunity.

Seznamuje se s chodem komunity, s jejími pravidly a řádem. V tom mu pomáhá klient, který je v komunitě již delší dobu („starší bratr/sestra“, patron apod.). Budoucí klient je v této fázi izolován od okolního světa. Pobývá pouze v komunitě, nemá vycházky, ani možnost kontaktu s příbuznými a blízkými osobami.

Budoucí klient by se měl pomalu seznámit s kolektivem klientů, zapojit se do něho a navázat terapeutické vztahy s týmem.

Tato fáze trvá i několik týdnů. Nejčastější praxí v českých komunitách je její trvání od 1 do 3 týdnů. Hledají se zde možnosti řešení akutních problémů a vyjasňují se klientovi potřeby (detoxifikace, exekuce a dluhy, lékařská péče atd.).

Následně žádá o přestup do první fáze.

---

<sup>15</sup> Přesun ze zdravotnického zařízení do TK si zařizuje sám budoucí klient TK. Často tak dochází k situaci, kdy klient má do TK nastoupit, ale nedorazí. Samotná doprava do TK, kdy klient cestuje i třeba přes půlku republiky, může být již zdrojem stresu, se kterým jedinec nedokáže naložit.



### 5.3.2 PRVNÍ FÁZE

V první fázi, která trvá obvykle okolo 3 měsíců, si klient dále zvyká na život v komunitě, sžívá se a více sbližuje s klienty a zcela se zapojuje do společenství, i když zatím vykonává méně zodpovědné a méně náročné funkce. Tím se však začíná učit přijímat zodpovědnost sám za sebe.

Klient si nachází své místo v komunitě a začíná mít náhled na to, že jeho závislost byla tím, co mu způsobilo problémy. Tento proces by měl proběhnout co nejrychleji, jelikož je stále velké riziko předčasného odchodu. Je důležité, aby došlo k přerušení kontaktů s drogovou subkulturou, a tak je stále izolován, na vycházky může pouze s doprovodem.

V této fázi by již měl mít klient vybraného garanta, který s ním tvoří individuální plán, stanovují si krátkodobé a dlouhodobé cíle a své kroky k jejich realizaci. Následně se v průběhu celé léčby scházejí a hodnotí, jak klient postupuje v realizaci cílů.

O přestup do druhé fáze si klient žádá sám a rozhoduje o něm celá komunita, která může přestup odmítnout. Samotný přestup je znovu spojen s rituálem.

### 5.3.3 DRUHÁ FÁZE

Ta trvá většinou nejdelší dobu, kolem 6 měsíců. Klient již není izolován od vnějšího světa. Pokud není nějak sankcionován za své negativní chování, má pravidelné vycházky a podle možností se setkává i s rodinou.

Zastává všechny funkce v komunitě, a tím přebírá odpovědnost<sup>16</sup> za jejich dobré plnění, čímž zvyšuje také svou sebeúctu. Dochází zde k velkému osobnímu rozvoji a jedinec se zaměřuje sám na sebe a na své vztahy (především na vztahy v komunitě, ale může začít i pracovat na vztazích mimo komunitu). Je aktivní na skupinové terapii a mluví o svých zážitcích z minulosti.

Přijímá a uplatňuje hodnotový systém komunity a osvojuje si nové vzorce chování. V ideálním případě dochází k internalizaci těchto hodnot a chování. Může být na místě „staršího bratra/sestry“ a pomáhá nově příchozím s orientací v komunitě.

Postup do další fáze je stejný jako u předchozích přestupů.

---

<sup>16</sup> Funkce s sebou přinášejí nejen větší povinnosti, ale i větší pravomoci.

#### 5.3.4 TŘETÍ FÁZE

Je charakteristická separací klienta od komunity, což může být provázeno smutkem, jelikož komunita pro něj může představovat cenný úsek života, za který dříve považoval pouze počáteční brání drog. Své pocity z odchodu ventiluje a probírá s komunitou.

Do komunity většinou dochází na večerní program a noc, protože přes den chodí do práce, vzdělávacího programu, zajišťuje si bydlení anebo si vyřizuje doléčování. Nemusí se tedy účastnit celého programu.

Komunita je stále klientovi oporou, avšak většina zodpovědnosti je již na něm. Důraz je kladen především na samostatné rozhodování. Pro podporu především prvních dnů, týdnů a měsíců samotného fungování si klient vytváří síť sociálních vztahů mimo komunitu, které jsou samozřejmě bezdrogové.

Měl by znát své silné i slabé stránky a vědět, které prostředí, aktivity a kontakty pro něj mohou znamenat riziko recidivy, a těm by se měl vyhýbat.

Na konci léčby píše klient hodnocení a shrnutí celého pobytu v komunitě, svých pokroků a svých možností pro další rozvoj. Toto hodnocení může přecházet před celou komunitou. Odchod je znovu spojen s rituálem, tentokrát s výstupním.

Po ukončení léčby v terapeutické komunitě by měl klient v ideálním případě docházet na doléčování<sup>17</sup>. To většinou probíhá ambulantně, buď v samotné TK, nebo v jiném zařízení. Doléčovací péče trvá většinou okolo 6 -12 měsíců, avšak záleží pouze na klientovi, jak bude či nebude na doléčování docházet. Náplní následné péče je sociální rehabilitace (tzn. zpětné začlenění do společnosti), psychoterapie, prevence recidivy, sociální práce, rodinná terapie, volnočasové aktivity apod. Někteří klienti mají možnost, pokud chtějí, po pobytu v TK začít bydlet v chráněném bydlení či docházet do podporovaného (popř. chráněného) pracovního místa. Obě služby jsou programy následné péče. Jejich cílem je dle sdružení Magdaléna, o.p.s: upevnění klientů v abstinenci, podpora zdravého životního stylu, stabilizace v pracovním režimu, získávání pracovních dovedností, rekvalifikace, příprava na samostatném bydlení, plynulý přechod do života. Je důležité, aby bývalý klienti pobytových služeb, následnou péči ve velké míře využívali. Mohou tak zmenšit riziko recidivy.

---

<sup>17</sup> Následná péče je často používána jako synonymum pro doléčování, tím se řídíme i my ve své práci.

## 6. ŠETŘENÍ

### 6.1 CÍL ŠETŘENÍ

Cílem šetření bylo zmapovat klientelu Terapeutické komunity pro závislé osoby na návykových látkách v Kladně - Dubí. Popsat jejich počátek braní drog/pití a především zmapovat léčbu a jejich subjektivní hodnocení terapeutického procesu.

#### 6.1.1 ZÁKLADNÍ OTÁZKA A PODOTÁZKY ŠETŘENÍ

Základní otázka, kterou jsme si položili, zněla: Jak hodnotí klienti léčebné aktivity v terapeutické komunitě?

Základní otázku jsme doplnili o několik dalších podotázek:

- Kdy začali požívat návykové látky?
- Jaká byla jejich drogová kariéra?
- Jakými léčbami již klienti prošli?
- Jaké aktivity v terapeutické komunitě jim nejvíce pomáhají v léčebném procesu?
- Jaké jsou jejich vztahy uvnitř a vně komunity?
- Jak plní své cíle?

### 6.2 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Do sledovaného souboru jsme zahrnuli klienty Terapeutické komunity Kladno - Dubí. Celkový počet oslovených klientů byl 15 – tedy všichni klienti komunity. Možnost odmítnout spolupráci využili 2 klienti (jedna žena, jeden muž). Odmítnutí dobrovolně zdůvodnili osobními problémy.

K šetření svolilo 13 klientů, ze kterých 3 byli z komunity během šetření vyloučeni. Jeden klient byl vyloučen z důvodů užívání podpurných látek na růst svalů, druhý byl vyloučen na měsíc z důvodu recidivy (není ale jisté, zda se po měsíci do komunity vrátí) a třetí klient byl vyloučen z důvodu navázání vztahu s jinou klientkou.

Zbývajících 10 klientů bylo zahrnuto do šetření. Těchto 10 klientů je odpovídající vzorek pro šetření, jelikož průměrně bývá v komunitě 15 – 20 klientů.

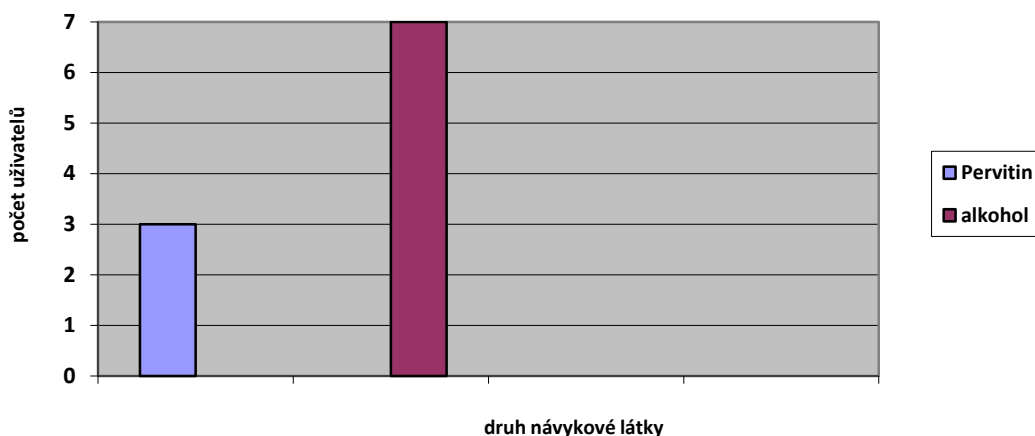
Šetření proběhlo s 5 ženami a 5 muži. Pouze jedna klientka byla ve III. fázi a jeden klient byl v individuálním programu. Zbytek klientů bylo ve fázi první.

Věk sledovaného souboru se pohyboval od 17 let do 64 let (průměrný věk byl 40 let). Tento průměrný věk je vcelku vysoký, jelikož, jak už bylo uvedeno v teoretické části, běžně se průměrný věk klientů komunity pohybuje okolo 23 let.

Klienti byli v den vyplňování dotazníku a provedení rozhovorů v TK od 1 až po 10 měsíců (v průměru zde byli okolo 5 měsíců).

Každý klient TK má určenou primární drogu, se kterou se v současné době léčí. U části klientů docházelo ke kombinaci více drog, avšak za primární se považuje nejčastěji užívaná droga. Tou je u respondentů šetření alkohol a pervitin.

Graf č.1: Charakteristika respondentů dle věku a drogy, se kterou se léčí



Terapeutická komunita v Kladně - Dubí má jistá specifika v oblasti fází. „Nultou“ fázi mají vynechanou, jelikož považují za dostatečnou motivaci již to, že budoucí klient projeví zájem o nástup a následně přijede do komunity. Náplň první fáze je klasický. O druhou fázi si klient žádá, pokud chce hledat práci. Dostává se do ní na 14 dní, během kterých si musí najít zaměstnání. Následuje fáze třetí, kdy klienti docházejí do zaměstnání a připravují se na opuštění komunity. Nemají povinnost účastnit se tedy aktivit kromě Volné tribuny a plnit si veškeré povinnosti. Navíc zde mají ještě tzv. „individuál“. Ten se

navrhuje klientům, u kterých si nejsou terapeuti jisti, že by všechny nároky třetí fáze zvládli. A tak většinou na dobu určitou dostávají možnost být v individuálním programu, při kterém mají více povinných aktivit a přísnější režim než ve fázi třetí.

### 6.3 METODY PRŮZKUMU

Provedli jsme kvalitativní šetření. Při tomto šetření, kdy jsme se zaměřili na uvedeného téma, jsme použili tyto metody:

1. Metodu dotazníku s převahou otevřených otázek (vzor dvou dotazníků viz. příloha č. 1). Otázky do dotazníku jsme sestavili na základě prostudované literatury, vlastního pozorování v komunitě a na základě rozhovorů a rad terapeutů komunity. Dotazník byl vyplněn s každým klientem individuálně.

2. Dále jsme na základě dotazníku vedli s každým klientem individuální rozhovor (vzor dvou rozhovorů viz. příloha č. 2), ve kterém jsme svými otázkami reagovali na informace, které napsali do dotazníku. Z rozhovorů jsme pořídili detailní zápis (použití diktafonu nebylo vhodné). Rozhovory i dotazníky mají široký záběr na začátek i průběh závislosti, minulé léčby a hodnocení současné léčby. Jejich cílem je získat co nejkomplexnější obraz o závislosti a léčbě každého aktéra.

3. Studovali jsme hodnotící listy (ve kterých klienti hodnotí proběhlý týden), kde jsme si ověřili informace získané v dotazníku a rozhovoru.

Následně jsme dotazníky i rozhovory zpracovali těmito postupy:

- Určili jsme základní kategorie tématu pomocí otevřeného kódování u každého dotazníku.
- Kategorie dotazníku jsme porovnávali v rámci každého dotazníku. Následně jsme porovnali všechny dotazníky navzájem.
- Určili jsme základní kategorie tématu pomocí kódování u každého rozhovoru.

- Porovnali jsme kategorie v rámci každého rozhovoru a dotazníku. Následně jsme porovnali kategorie dotazníku a rozhovoru u všech aktérů šetření navzájem.
- Všechny zjištěné aspekty průběhu závislosti a léčby jsme zapsali a pokusili se naplnit cíl šetření.

Při volbě metod šetření jsme vycházeli z reálných možností a také ze základních metodologických požadavků na kvalitativní šetření.

Dotazníkové šetření je velice stručné, stejně tak i kladené dotazy, jelikož jsme je zaměřili přímo na téma s uvedenou klientelou.

## 7. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ

Cílem této kapitoly je interpretace výsledků šetření. Jednotlivé výsledky jsme rozdělili na kategorie dle toho, jak se vynořovaly při analýze dotazníků a rozhovorů. Pokud analýza naznačovala určité souvislosti mezi procesy a jevy, snažili jsme tyto souvislosti zaznamenat. Pro lepší orientaci v souboru respondentů jsme na začátek zvolili krátký popis jednotlivých klientů, jejich drogové kariéry a léčby. Jednotliví klienti jsou při charakteristice řazeni dle věku.

### 7.1 CHARAKTERISTIKA KLIENTŮ A JEJICH LÉČBY

#### Slečna M.

Slečně M. je 17 let a léčí se ze závislosti na pervitinu. V době rozhovoru byla v komunitě nejmladší a pobývala zde nejkratší dobu (4 týdny). Byla rozhodnuta léčbu po domluvě s rodiči okamžitě ukončit. Do TK přišla z detoxifikační jednotky. Neprošla žádnou jinou léčbou před TK ani dříve. Brát pervitin začala ve 14 letech, když jí ho dal bratr. Pravidelně ho po tomto prvním zážitku požívala v partě kamarádů. Má 15 měsíčního syna, kterého má v péči její matka. Během těhotenství a přibližně 3 měsíce po narození syna drogy nebrala. Ale začala být hodně vytížená – starala se o syna, chodila do školy a na brigádu, a spadla do braní pervitinu znovu. Otec dítěte ji v těhotenství začal bít, a tak se s ním již nestýká. Do léčby šla dobrovolně. Léčbu v TK má naplánovanou na 3 měsíce.

#### Slečna K.

Je jí 28 let a nynější léčba je její druhou léčbou. Jako primární drogu má pervitin, avšak během léčby jí bylo přidáno gamblerství. Pervitin začala brát s partou přátel v 16 letech. Do TK přišla z Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, kde prošla i detoxifikační jednotkou. V komunitě je 2,5 měsíce a v plánu má zůstat ještě dalších 9. Tato léčba je její druhou. Při první léčbě byla také v TK Kladno-Dubí, avšak po týdnu ji opustila. Mezi léčbami vydržela 5 let abstinovat. Do léčby nastoupila (poprvé i nyní) kvůli dluhům, které během své drogové kariéry udělala.

#### Pan T.

Panu T. je 24 let. Primární drogou, se kterou se léčí, je alkohol, ale bral i pervitin. Pít začal ve 14 letech. K alkoholu i pervitinu se dostal prostřednictvím kamarádů, se kterými v tom i následně pokračoval. Nejvíce pil a bral drogy při práci na benzinové pumpě. Do léčby nastoupil z důvodu, že neměl kam jít a měl velké dluhy. Do TK, kde je 4 měsíce, přišel z psychiatrické léčebny v Kosmonosích, kde prošel i detoxifikační jednotkou. Toto je jeho první léčba. Plánuje zůstat dalších 8 měsíců.

#### Pan H.

Ze závislosti na alkoholu se léčí i pan H. Je mu 25 let a prošel již pěti základními léčbami. Bral i drogy jako pervitin a heroin. Nejprve pil ve společnosti přátel, chodil na party, ale postupem času pil sám doma. První napití v dotazníku uvedl ve 23 letech, avšak následně v rozhovoru řekl, že pil alkohol již mnohem dříve. Do TK přišel z psychiatrické léčebny před 7,5 měsíci. Během pobytu v TK jednou zrecidivoval, avšak byl přijat zpět. V TK chce zůstat, jak nejdéle to bude možné. V předchozích základních léčbách byl poté, co nezvládal svůj životní styl, který byl složen především z pití alkoholu a braní drog. Takto prošel jednou detoxem a pětikrát psychiatrickou léčebnou.

#### Pan R.

V TK se léčí se závislosti na pervitinu, ke kterému se dostal přes svou spolužačku, do níž se zamiloval. U pana R., kterému je 46 let, bylo již první podání látky intravenózní. Nynější léčba je jeho druhá dobrovolná léčba, avšak předtím prošel třikrát soudně nařízenou. Do TK přišel z psychiatrické léčebny Červený Dvůr, kde prošel i detoxifikační

jednotkou. Má za sebou celkem dlouhou drogovou kariéru, která trvala okolo 30 let, při které nejen drogy užíval, ale pervitin i vařil a prodával. Díky tomu byl 12krát trestně odsouzen za drogové delikty. Byl součástí udělování amnestií v 90. letech prezidentem. V té době byl v nařízené léčbě, a tak z ní odcházel s čistým trestním rejstříkem. Avšak až po první dobrovolné léčbě vydržel 8 let abstinovat (vč. abstinence v léčbě). Nyní je v TK 6 měsíců a chce zůstat další 2-3 měsíce, než si najde zaměstnání. Následně by chtěl začít bydlet v chráněném bydlení a zařadit se do běžného života.

#### Paní Z.

Jediná klientka ze vzorků respondentů, která je v komunitě ve třetí fázi. V TK je 8 měsíců a již po 3 měsících pobytu začala chodit do práce. Nejprve byla na měsíc přerazena do individuálního programu na zkoušku, jelikož terapeutický tým měl strach, že by paní Z. mohla ve třetí fázi brzy zrecidivovat. Po měsíci zaměstnání zvládala, a tak si zažádala o přestup do třetí fáze, který jí byl umožněn. Do TK přišla z psychiatrické léčebny U Apolináře. Detoxem projít nemusela, jelikož měla testy na přítomnost alkoholu v krvi negativní. Poprvé se napila již okolo 10. – 11. roku. Do léčby šla především kvůli fyzickým problémům, kdy ji vypovídaly službu nohy. Tato léčba je její první a v současnosti ji čeká vyhlášení osobního bankrotu, jelikož má velké dluhy. V TK plánuje zůstat do konce března.

#### Paní D.

Je 47 letá klientka léčící se ze závislosti na alkoholu. Pít začala okolo 17. roku, kdy se však s alkoholem setkávala pouze při výjimečných situacích. Její problémy s alkoholem začaly až po mnoha letech, kdy začala mít velké psychické problémy a byla fyzicky vyčerpaná, jelikož si na sebe kladla velké požadavky ve svém zaměstnání. V té době začala pít. Vrcholem bylo, když si vzala prášky a zapila je alkoholem. Následně se dostala do psychiatrické léčebny Bohnice, kde nastoupila základní léčbu. Odtud přišla do TK Dubí. Zde je 2 měsíce a plánuje zůstat další 2.

#### Paní H.

Paní H. je v léčbě se závislostí na alkoholu. Je jí 51 let. Již 25 let se léčí s endogenními depresemi, avšak se závislostí na alkoholu se léčí poprvé. Nejprve brala léky na uklidnění, jelikož měla velké problémy se svým synem. V jejich domácnosti docházelo k domácímu násilí ze strany syna. Následně zjistila, že když se napije alkoholu,



všechny její úzkosti zmizí. A tak začala pít. Před současnou léčbou prošla již jednou léčbou v psychiatrické léčebně Bohnice. Potom, co se z léčby vrátila do běžného života, zrecidivovala. Pokusila se o sebevraždu. Následně prošla detoxem a byla přijata do TK. V TK je 6 měsíců a plánuje dalších 6 měsíců zůstat.

#### Pan J.

Je mu 56 let a léčí se ze závislosti na alkoholu. Pan J. je v TK 5 měsíců a v plánu má zůstat ještě 8 - 12 měsíců. Pan J. přišel z psychiatrické léčebny. Tato léčba je jeho druhá. Při první léčbě byl v TK Dubí 8 měsíců, po kterých byl vyloučen z důvodů gamblingu ve volném čase. Následně vydržel přibližně 5 týdnů abstinovat. Svůj problém s alkoholem si poprvé uvědomil, když před pěti lety opustil svou rodinu. Pil především s kamarády v hospodě. Na první léčbu ho následně přiměli jít bratr a dcera. Na nynější léčbu nastoupil po návštěvě obvodní lékařky.

#### Pan Z.

Pan Z. je nejstarším členem komunity. V době výzkumného šetření měl těsně před odchodem z TK do vlastního bydlení. Pan Z. se v TK léčil ze závislosti na alkoholu a byl zde 10 měsíců. Před touto léčbou prošel několika základními léčbami. Pochází z kraje, kde je denní pravidelností požívání alkoholu (nejčastěji vína). 10 let se potýkal se závislostí, tak, že jednou za čas šel do psychiatrické léčebny v Kroměříži, kde si na týden „odpočinul“. Po těchto 10 letech nastoupil nynější léčbu, jelikož mu pití již začalo překážet a fyzicky svůj životní styl nezvládal. Do TK přišel z psychiatrické léčebny. Prošel si v rámci TK první i druhou fází, nyní je v individuálním programu, jelikož si zařizuje vlastní byt a z komunity odchází.

## 7.2 POČÁTEK BRANÍ DROG/PITÍ

V průměru začínali všichni klienti pít či brát drogy okolo 16. roku. Nejnižší udaný věk byl ve 13 letech. Avšak 4 klienti uvedli následně v rozhovoru nižší věk začátku požívání alkoholu/drog než v dotazníku. V tomto věku, kdy respondenti s návykovými látkami začínali, však nemůžeme ještě mluvit o závislosti.

*„Mně bylo tak 10-11 let a normálně jsem si dávala pivo k obědu. Mně prostě pivo chutnalo. Ale jako myslím si, že jsem k tomu měla předpoklady, že budu chlastat. No a pak jsme chodili na zábavy, a aby se podpořila zábava, tak jsme pili.“*

*„No, tak já jsem začal pít jako dřív než v 17. To bylo tak ve 14. Ale tak to bylo jen tak na mejdanu ve škole.“*

Většina respondentů se dostala k návykovým látkám přes své kamarády, sourozence. Dvě klientky, které se léčí ze závislosti na alkoholu, však od začátku pily samy doma. Toto zjištění odpovídá typu abúzu, který Heller a Pecinovská [2011] označují jako symptomatický. Ten je typický právě pro ženy. Ty nejčastěji pijí samy doma a ve večerních hodinách. Závislost u nich má nejčastěji psychogenní podklad, což podporuje i další zjištění v šetření – u žen „alkoholiček-samotárek“ se vyskytovalo psychické vyčerpání, úzkosti.

*„No, jak jsem byla hodně vystresovaná a byla jsem taky v úzkosti a připadala jsem si sama, tak jsem nevěděla, co se životem, a začala jsem pít.“*

*„Jsem nevěděla, že nějaká závislost je. Zjistila jsem to až v létě, kdy jsem byla na návštěvě, dala jsem si skleničku. A najednou všechny úzkosti, které jsem ze všeho měla, byly pryč! A od té doby jsem si vždycky dala skleničku vína před spaním, abych mohla spát. Nakonec jsem skončila na půl litru vodky.“*

Pro muže je typický tzv. systematický abúzus [Heller, Pecinovská, 2011], což podpořili i mužští respondenti v našem šetření. Muži tak pijí nejčastěji ve společnosti. Závislost tedy vzniká ve většině případů za přispění společensko-sociálních faktorů.

*„Jsem se scházel s partou v hospodě tak v těch 17 letech. Já jsem si to vůbec nepřipouštěl, že bych mohl mít nějaký problém. Doma jsem vůbec nepil, když jsem pak měl rodinu. Ale byl jsem schopný třeba dva dny nepřijít.“*

*„Já pocházím z kraje, kde se pije víno všude, z Moravy. Pít víno tam patří k životnímu stylu. Je to tam prostě normální. Já jsem se netajil s pitím, neusrkával jsem jako dítě někde potají.“*

Mezi ženami se však vyskytla výjimka, která do těchto dvou modelů přímo nezapadá. Byla jí paní Z., která pila ve společnosti. Postupně však začala pít i sama doma. Stejná tendence byla viditelná i u jednoho z mužů.

Modely abúzu dle Hellera a Pecinovské se nedají aplikovat na drogově závislé, jelikož u nich je situace odlišná. K těmto látkám (u našich respondentů především pervitinu

a heroinu) se jedinec dostává vždy přes určitého „zprostředkovatele“, kterým může být vrstevník, známý či rodinný příslušník.

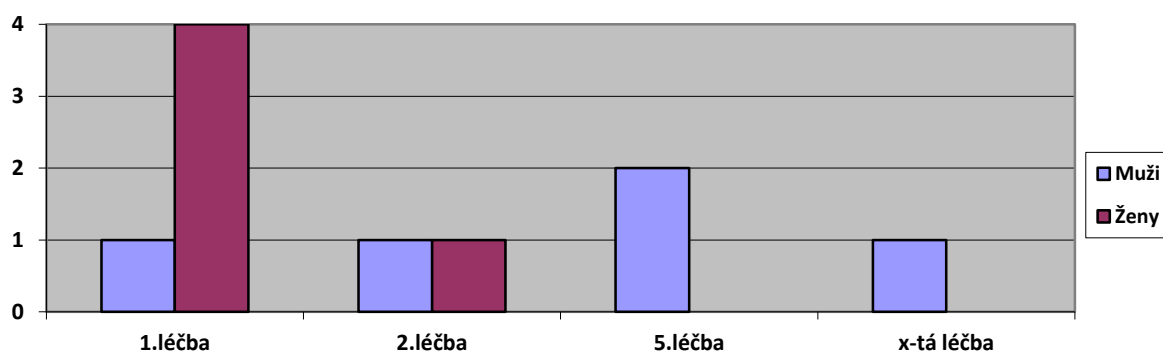
*„Hrál jsem hokej na profesionální úrovni, ale měl jsem úraz. Už jsem byl i přijatý na sportovní gympl, ale kvůli úrazu jsem šel na SŠ elektro. Byl jsem nedotčený kouřením, drogami ani sexem. Chtěl jsem vždycky mít takovou tu roštěnku – dlouhý blond vlasy, džíny roury, džínsku a modro-zelené oči a ty bílý tenisky. Měl jsem úplně takovouhle spolužačku! Chtěl jsem jí být nejbliž, a tak jsem s ní šel jednou za školu. Dala mi heroin. Rovnou jsem si to dal do žíly. Hned napoprvé! Abych jí dokázal, že jí miluju.“*

*„Poprvé jsem dostala od bráchy. To mi bylo 14. Pamatuju si, jak říkal: Vyzkoušej to, je to dobrý! Pak byl klid a pak jsem si dávala s kámošema.“*

### 7.3 PŘEDEŠLÉ LÉČBY

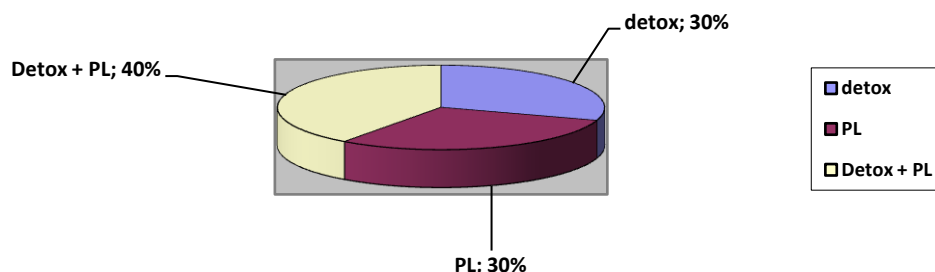
Pro 5 respondentů je nynější léčba léčbou první. Tyto údaje jsme zanesli do grafu, ze kterého je na první pohled viditelný rozdíl mezi muži a ženami. Pro ženy byla tato léčba především první, v jednom případě druhá. U mužů bylo častější, že jsou v léčbě opakovaně. Souvislost mezi pořadím léčby a jinými oblastmi nebyla zjištěna.

Graf č. 2: Pořadí nynější léčby



Mezi respondenty se vyskytli klienti, kteří prošli před nástupem do TK pouze detoxem, detoxem a psychiatrickou léčebnou nebo psychiatrickou léčebnou, avšak bez detoxu. Není podmínkou, že před nástupem do komunity musí klienti projít jinou základní léčbou.

Graf č. 3: Procentuální vyjádření respondentů dle toho, z jakého přišli zařízení do TK



#### 7.4 DŮVODY NASTOUPENÍ DO LÉČBY

Respondenty můžeme rozdělit do třech skupin dle toho, jaký uváděli důvod nastoupení léčby. První skupina (2 respondenti) neuvedla konkrétní důvod, proč se pro léčbu rozhodla. Druhá skupina (2 respondenti) měla finanční problémy, při kterých neviděla jinou možnost než nastoupit léčbu.

*„Poprvé jsem jen zazlobila, ale teď jsem to fakt jako posrala. Profrčela jsem firmu, vid'. Před první léčbou jsem fetovala tak 4 roky. Prohrála jsem peníze, a tak jsem šla do léčby. Byly to totiž bráchovy peníze. A při druhé léčbě jsem to jako rozjela, to bylo neudržitelný. A tak mi naši řekli, že buď můžu jít do léčby, nebo na ulici.“*

*„Neměl jsem kam jít, tak jsem šel do léčebny. Měl jsem taky hodně velký dluhy. To mám doted.“*

Poslední skupina (4 respondenti) byla motivována pro léčbu díky svému fyzickému a/nebo psychickému zdraví. Všechny tyto problémy se týkaly lidí léčících se ze závislosti na alkoholu. Z toho však nemůžeme usuzovat, že ostatní klienti neměli tyto psychické či fyzické problémy. Jen je v našem šetření neuváděli.

*„Mně se v říjnu začaly podlamovat nohy. Fakt, nekecám! Normálně jsem šla a najednou se mi podlomily nohy a sedla jsem si na zem.“*

*„Byla jsem hodně moc psychicky a fyzicky vyčerpaná.“*

U dvou žen, které nastoupily léčbu z důvodu psychických a fyzických, byl i pokus o sebevraždu, i když ony samy to jako pokus o sebevraždu nehodnotí. Může se zde jednat o obranné mechanismy, které probíhají na nevědomé úrovni. Cílem používání obranných mechanismů je redukovat napětí a úzkost. U respondentů našeho šetření se jedná nejspíše o obranný mechanismus vytlačení či potlačení. Vytěsnění je dle Freuda základní a nejdůležitější obranný mechanismus. Vzpomínky nebo podněty jsou vytlačeny do nevědomí. Vytěsnění se liší od potlačení. „*Potlačení je proces úmyslného sebeovládání, kdy člověk ovládá svoje impulzy a přání (tím, že je připouští v soukromí, ale veřejně je popírá) nebo dočasně odsune bolestné vzpomínky, když se potřebuje soustředit na nějaký úkol*“ [Atkinson, 2003, s. 514]. Pomáhají jim k potlačení negativních emocí, které mají s touto oblastí spojené.

*„Hodně mě bolely záda, a tak jsem si vzala ještě jeden. Pak jsem si říkala, že mi rychleji zaberou, když si na to dám víno. Tak jsem šla a zapila jsem to, akorát se mi pak udělalo strašně špatně.“*

*„Vzala jsem si láhev a chtěla jsem, aby všechno skončilo. Ale nechtěla jsem se zabít, to ne!“*

Finanční problémy byly častým tématem v TK. Měli je i lidé, kteří tímto problémem nebyli „donuceni“ k nástupu do komunity. Mezi respondenty se objevil i případ vyhlášení osobního bankrotu.

## 7.5 VZTAHOVÉ ZÁZEMÍ

Na rodinné zázemí jsme se v šetření primárně nezaměřovali, jelikož jsme jej považovali za citlivé téma a nebylo by možné odlišit subjektivnost a objektivnost výpovědi bez dalšího zdroje. Avšak někteří respondenti se k tomuto tématu vyjadřovali sami.

U třech žen byli v rodině další lidé, kteří užívali návykové látky. Byli to otcové, kteří pili. Avšak situace u jedné z nich byla složitější - paní Z. měla i manžela, který se opakovaně ze závislosti na alkoholu léčil. U slečny M. to byl bratr, od kterého dostala poprvé pervitin. Otázkou však je, zda se jeho požívání dá označit za závislost - pro takové závěry jsme měli málo informací. U této oblasti bychom navrhovali se na ni více zaměřit při dalším šetření.

V šetření jsme se především zaměřili na vztahy vně komunity a mimo ni. A to na vztahy mezi klienty, mezi klienty a terapeuty a na vztahy, které měli klienti vně komunity.

Vztahy mezi klienty byly všemi respondenty hodnoceny pozitivně. Mezi klienty se objevovala skupinová dynamika, která je v komunitě jevem pozitivním a dokonce vyžadovaným.

*„Dobře. Naslouchám, chápu, pomůžu, poradím. Někdy jsem ale podrážděný a naštvaný. Ovšem když se mi něco nelíbí, tak to řeknu přímo a bez okolků, upřímně. Paní K. – jediný člověk, s kterým tu mám problém.“*

*„Všechny klienty respektuji“*

*„Dokáži s taktem otevřeně říci, co se mi nelíbí.“*

Ve vztazích mezi klienty a terapeutickým týmem se vyskytovaly rozdíly dle toho, o kterého terapeuta se jednalo. Terapeutický tým se v TK Dubí skládá z 6 terapeutů. Jak již bylo uvedeno, probíhá zde skupinová dynamika, která se promítá i do vztahů mezi klienty a terapeuty. Ne všem klientům vyhovuje každý terapeut. Na terapeutickém týmu jim vadí nestejně nastavená pravidla a sankce za jejich porušení.

*„Tým, který se nedokáže dohodnout. Je potřeba, aby si dali stejný pravidla!“*

*„Takže u těch skupin záleží hodně na terapeutovi.“*

*„Nemotivují k pozitivnímu myšlení. Jen dotloukají negace. Režim je taky špatný. Není v tom pořádek, každý terapeut má jiná pravidla.“*

*„Tým je tu strašně nesouměrný.“*

Velmi pozitivně je hodnocena vedoucí komunity, která je nápomocna klientům v léčebném procesu. Pravidelně se účastní především jednou za týden Volné tribuny. Dále je možné si s ní smluvit individuální pohovor.

*„Měla jsem asi před 14 dny pohovor s doktorkou a moc mi to pomohlo.“*

*„Doktorka je pro mě Matka Tereza.“*

*„Máma mi dala zákaz domů na Vánoce. Doktorka mi v tomhle hodně pomohla.“*

*„Hodně mi s tím pomohla doktorka.“*

Vztahy mimo komunitu se však jeví jako problematičtější. Je zde složité rozlišit, zda tyto vztahy byly narušeny již před závislostí, nebo zda jsou jejím důsledkem. Jistou spojitost také můžeme vidět ve věku léčené osoby. Mladší osoby, které svou závislostí ovlivnily především své rodiče, hodnotily vztahy jako horší. Starší osoby, které řeší především vztahy se svými dětmi, hodnotí vztahy lépe.

*„S babičkou vynikající, s mámou lepší, ale pořád je na čem hodně pracovat.“*

*„Velice dobré s rodiči, synem a jeho přítelkyní a její rodinou.“*

*„I když se rozvádím, vztahy s manželkou a dcerou mám velmi dobré. Vztahy vně komunity jsou také dobré.“*

*„Nic moc.“*

*„S tátou jsou dobré vztahy tak na 80 %, s mamčou tak na 40 %.“*

Za povšimnutí stojí i to, že pokud byla položena otázka týkající se vztahů mimo komunitu, v podstatě všichni respondenti se zaměřili na vztahy v rodině. Těm, kteří měli brání drogy spojené s přáteli, bylo po domluvě doporučeno tyto vztahy přerušit.

*„Velmi dobře jsem s rodinou v kontaktu. S přítelkyní Lucií jsem to ukončil. Ona sama bere.“*

*„Až na vztah se synem, který je úplně přerušeny, dobrý.“*

*„Ale i rady ze skupiny mi hodně pomáhají. Tam mi taky třeba řekli, abych se přestal bavit s kámošema. A to mi pomohlo. Přestřihnul jsem veškerý kontakt.“*

## 7.6 HODNOCENÍ TERAPEUTICKÝCH AKTIVIT

Respondenti hodnotili jednotlivé aktivity podle toho, jak jim pomáhají v léčebném procesu – od čísla 1 (nejvíce mi pomáhá) až po 12 (nejméně mi pomáhá). Pro lepší orientaci ve zjištěných hodnotách jsme použili tabulku dle toho, kolikrát byla aktivita hodnocena jednotlivými čísly (viz. příloha č. 3). Dále jsme pro lepší orientaci v celkovém hodnocení jednotlivých aktivit použili kategorie - pomáhá, spíše pomáhá, je neutrální, pomáhá méně a nejméně pomáhá, které jsme udělovali jednotlivým aktivitám dle toho, jaké pořadí jim přidělili respondenti.

Jako nejvíce prospěšné aktivity byly hodnoceny Volná tribuna a komunitní setkání. Jak vyplývá z tabulky, většině klientů tyto terapeutické aktivity velmi pomáhají. Alespoň jedna z těchto dvou aktivit se vyskytla mezi prvními třemi nejlépe hodnocenými aktivitami u všech respondentů. Při Volné tribuně se v TK Dubí hodnotí celý týden (jak plnili týdenní plán, puntíky), ale také se vyřizují žádosti o sociální volna, vyjednávají se při ní podmínky pro uspokojení potřeb. To je také jedna z dovedností, které se klienti učí v TK – vyjednávat si podmínky pro své potřeby.

O Volné tribuně se následně v rozhovoru vyjádřili:

*„Ne, že by se tam nějak něco extra řešilo, ale naučil jsem se tam říkat si o věci. Jsem nervák, a jak tam stojíš před tou tabulí, kolena maj nutkání se ti podlamovat, tak to zažívám při žádání o práci. Takže jsem si tam tohle nacvičil.“*

*„Hodnotí se tam celý týden. Takovej stres to je. Jako já nevím, v čem mi pomáhá.“*

Ke komunitním setkáním se nikdo více v rozhovoru nevyjadřoval.

Neverbálky a arteterapii můžeme označit jako aktivitu, která spíše klientům pomáhá.

*„V tom, že si něco vytvoříš a pak o tom povídáš. To povídání je na tom hodně důležité. Tři z našich terapeutů mají nejlepší nápady na neverbálky a z těch aktivit si nejvíc vezmu.“*

*„Mně teda z programů hodně pomohla arteterapie.“*

Středním bodem v tabulce byly aktivity, u kterých se nedá jednoznačně určit, zda pomáhají hodně, nebo méně. Rozložení u jejich číslování se pohybovalo v průměru okolo čísla 6 nebo je někteří klienti hodnotili jako velmi prospěšné a někteří zase jako ty nejméně nápomocné. Jsou jimi: individuální plány, rodinná terapie a skupinová terapie.

O skupinové terapii řekli (ti, kteří ji hodnotili jako jednu z nejprospěšnějších aktivit v TK) :

*„Řeším tam problémy. Mámu. Pomáhá mi to se vypovídat. A pak taky, co řeknou terapeuti. Ale z toho si vezmu jen to, co si myslím, že je dobré.“*

*„Jsem schopnej otevírat témata, které se lidé bojí otevřít. Já jak už jsem prošel hodně léčbami, tak už jsem schopnej mluvit prakticky o všem.“*



U skupinové terapie mnoho klientů řeší problémy s přinášáním témat a především se schopností mluvit na skupinách a otevírat se. Tento problém řeší 70 % klientů z šetření. Na skupinových terapiích poslouchají druhé a hledají se v jejich příbězích a problémech, reagují na jejich témata. Avšak přicházet s vlastním tématem je pro ně značný problém. Nejčastěji jim v tom pomáhá terapeutický tým, který jim dává za úkol přinášet témata na skupinu.

*„Tady jsem poznala, že je potřeba o věcech mluvit. Ale někdy nevím jak...“*

*„Především se do té skupiny zapojit. Pomohla mi doktorka, protože mi dala nabídku, která se neodmítá. A to, že si vezmu jednou týdně skupinu.“*

*„Nedokážu se anebo nechci se tzv. otevřít. Nemíním na tom nic měnit. Raději poslouchám, než mluvím.“*

*„Já na nich sama nedokážu mluvit. Raději nechám mluvit druhé. Dokážu na to, co říkají druzí, reagovat, ale nechci mluvit o sobě. Hrozně se za všechno stydím.“*

Předposlední kategorii jsou ty aktivity, které byly hodnoceny spíše jako méně pomáhající. Do této skupiny můžeme zařadit individuální sport.

Mezi činnosti, které klienti považují za nejméně nápomocné, patří: klub, kolektivní sport, pracovní terapie a terénka.

Na závěr této kategorie je však nutné říci, že i když některé aktivity klienti hodnotí jako málo prospěšné, popřípadě až neprospěšné pro jejich léčebný proces, je jejich místo v komunitním programu nezastupitelné. Všechny činnosti mají na klienty a jevy, které v komunitě probíhají, vliv.

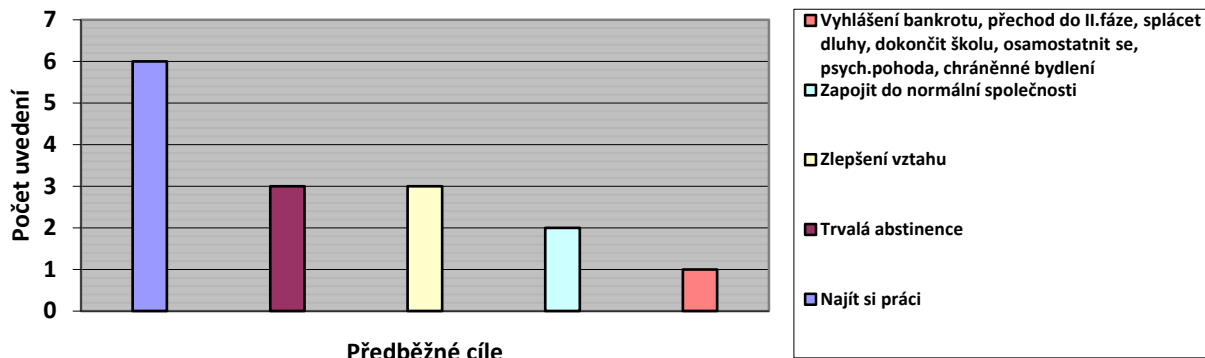
## 7.7 PŘEDBĚŽNÝ CÍL

Každý z klientů terapeutické komunity si stanovuje tzv. předběžný cíl při podpisu smlouvy o poskytování služeb komunitním zařízením. Jedná se o cíl, ke kterému by chtěli za celou dobu pobytu v TK dojít. Dále také podepisuje potom, co si vyberou svého garanta, tzv. garantskou smlouvu. V té si spolu s garantem stanovují dlouhodobé a krátkodobé cíle a jejich kroky k plnění.

Na všechny tyto cíle (předběžný, dlouhodobý i krátkodobý) jsme se zaměřili v našem šetření. Předběžným cílem bylo nejčastěji najít si práci. Většina respondentů

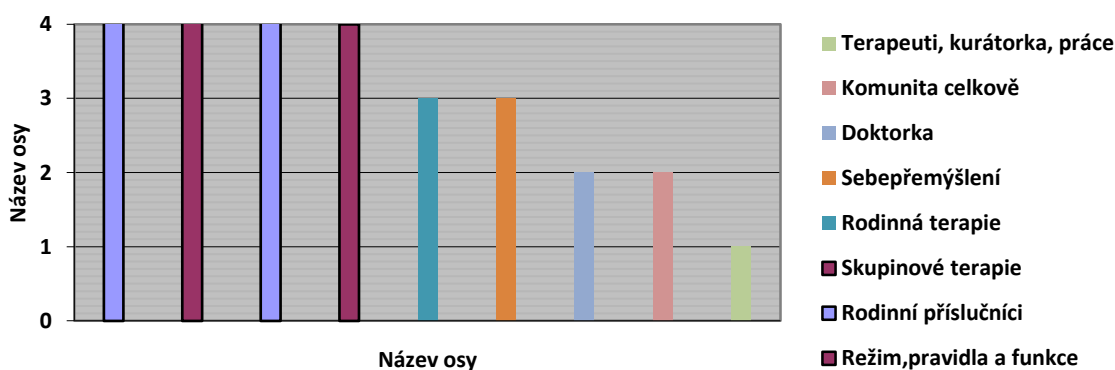
udávala více než jeden předběžný cíl, avšak lze najít 5 hlavních skupin mezi předběžnými cíli dle počtu respondentů, kteří tento cíl uvedli.

Graf č. 4: Předběžné cíle



V posunu k předběžnému cíli jim pomáhají garant, režim, pravidla a funkce v TK, rodinní příslušníci, skupinové terapie, rodinná terapie, sebepřemýšlení (popř. sebeuvědomění si, např. abstinence), doktorka (vedoucí komunity), komunita celkově, někteří terapeuti, kurátorka, práce.

Graf č. 5: Aktivity pomáhající v posunu k předběžnému cíli



Nejčastěji uváděným pomocníkem v cestě k předběžnému cíli je garant, který pomáhá klientům i s kroky k realizaci dlouhodobých a krátkodobých cílů. Kroky k splnění těchto cílů, které se většinou pojí s přestupy do dalších fází, hledání si práce a navrácení do běžného života, všichni respondenti dle svých slov plní.

Klienti, kteří jsou v komunitě delší dobu, si již některé cíle splnili. Sedmi respondentům v cestě za splněním předběžného cíle pomáhá režim, pravidla a/nebo funkce v komunitě, které se týkají i krátkodobých a dlouhodobých cílů.

Aktuálně řešená situace klientů, která souvisí s plněním všech cílů, se promítla do dotazníku i rozhovoru. Řešili přestup do další fáze (v našem šetření přestup do II.fáze) a s tím související pracovní zařazení, sankce za neplnění povinností, odchod z komunity, vztahy, abstinenci a finanční problémy. Všechny tyto témata jsou pro ně otázkou dalšího posunu v léčebném procesu.

*„Já jsem chvíli pracoval, ale pak jsem nemohl práci sehnat, protože na tuhle práci jsem neměl papír, a to mi doktorka zadržela. Byl jsem hodně psychicky vyřízený, úplně mi bylo špatně. Třeba když jsem si čistil zuby, tak jsem úplně nabíral na zvracení. Teď jsem zpátky v první a ulevilo se mi.“*

*„Nemůžu odejít, nejsem plnoletá. Musím se domluvit s rodičema, jak to bude. Bylo to moje rozhodnutí sem jít. Ale teď toho rodiče litují, že mě sem pustili. Mě to tady ubíjí, ty pravidla a tak. Některá pravidla tu jsou úplně zbytečná! Já tu prostě nechci být.“*

*„To jsem byl já, o kom mluvili, že budou navrhovat, že už je jako dost pokročilej na to pokročit do další fáze. Mně tohle řekl tým, že mě navrhnou na přestup.“*

Zajímavým momentem bylo, když se v době šetření slečna M. rozhodovala o odchodu z komunity. Byla rozhodnuta odejít. Nechtěla již v komunitě být „ani minutu“. Avšak po týdnu byla stále klientkou. V tom, aby zůstala v komunitě, jí pomohla rodina, která si přála, aby zůstala (v tom se slečna M. mýlila), a nově příchozí mladé klientky.

Terapeutická komunita je léčebným zařízením, které nabízí služby vcelku široké věkové skupině, a pokud se nejedná o komunity specifického typu, tak i oběma pohlavím se závislostí na jakékoliv návykové látce vč. gamblingu . To znamená, že do komunity přicházejí velmi rozmanití lidé. Avšak i to je součástí léčebného působení – naučit se vycházet s ostatními členy komunity.

*„Taky se musím snažit najít s druhým společnou mluvu. Najít si cestu k tomu, abychom dosáhli společně nějakého výsledku.“*

## 7.8 REŽIM

Toto téma a oblasti s ním spojené zmiňovali sami klienti v 90 % dotazníků či rozhovorů. Jednalo se o režim, pravidla a sankce za jejich porušení v podobě puntíků a také o plánování. Je skoro samozřejmé, že jedinci budou tato témata řešit, jelikož jsou v chodu komunity nezbytné, často řešené a pro klientovo bezproblémové fungování v komunitě nepostradatelné.

*„Musím dodržovat určená pravidla. Snažím se plnit funkce.“*

*„Strašně mě to sere! No, měla jsem radost, když jsem měla jen jeden. Ale zase co s tím mám dělat. Brečet kvůli těm puntíkům nebudu.“*

*„Já se tak nák ani nesnažím. Tak nák dělám, co se má, takže nemám strach. Když jsem si jednou řekla, že se budu snažit, tak šup! A už tam byl. Já nemám třeba problém řád dodržovat. Vůbec. Jenom mám problém si nějaký řád udělat.“*

Se sankcemi za nedodržení pravidel se často pojí pocity křivdy, které se musí klienti naučit zvládat. Přivykají si tím na podmínky života v běžné společnosti, protože i tam se s těmito (a jinými pocity) budou potýkat. Jejich dřívějším běžným způsobem zvládání těchto pocitů bylo napít se nebo požit jinou návykovou látku, a tak je důležité hledat nové způsoby zvládání zátěžových situací, které bude možné využívat v jejich životě s abstinencí.

*„Hlídám si puntíky. Někdy za ty puntíky cítím i křivdu, že jsem je dostal nespravedlivě. Doktorka i přiznává, že mám pravdu, ale nic s tím neudělá.“*

*„Když cejtím, když mám pravdu nebo je na mě náká křivda, tak jsem rozhozená a moc nespolupracuju.“*

*„Jednou v Apíku jsem chuť měla. To bylo, protože jsem se cítila vážně ukřivděná.“*

## ZÁVĚR ŠETŘENÍ

Cílem našeho šetření bylo zmapovat, jak klienti subjektivně hodnotí léčebné aktivity v terapeutické komunitě. Do šetření jsme zahrnuli 10 klientů Terapeutické komunity Kladno - Dubí. Informace jsme od klientů získávali pomocí dotazníku, následného rozhovoru a studia dokumentů.

Ke zpracování dat jsme využili metody kódování, pomocí něhož jsme identifikovali několik základních kategorií, které dle našeho názoru přinesly kvalitní představu o subjektivním hodnocení léčebného procesu, aktivitách klientů a jejich drogové kariéře. Jakým způsobem se u nich vyvíjel syndrom závislosti, a jak se dostali do terapeutické komunity.

První požití návykové látky proběhlo okolo 16. roku věku, kdy se ještě nejednalo o syndrom závislosti. Drogu (myslíme tím i alkohol) požívali buď sami, nebo s přáteli. K droze pervitinu a heroinu se dostali díky rodinnému příslušníkovi a vrstevníkům. Dvě ženy závislé na alkoholu pily pouze samy doma, ve společnosti se nikdy neopily, zbytek klientů požíval návykovou látku mezi přáteli (nejčastěji v hospodě). Tak tomu bylo alespoň zpočátku, postupně však někteří z nich začali požívat látku i doma. Heller a Pecinovská [2011] tak rozlišují dva druhy závislosti: symptomatický (typický pro ženy, s psychogenním podkladem) a systematický (typický pro muže, se sociálně-společenským podkladem) abúzus.

Za svou drogovou kariéru, která trvala nejdéle okolo 30 let, se dostalo až 50 % klientů do značného finančního zadlužení. U jedné klientky tak musí dojít až k vyhlášení osobního bankrotu.

Důvody, které vedly k nástupu do léčebného zařízení, se týkaly fyzického a psychického vyčerpání nebo finančních důvodů. Klienti do terapeutické komunity přicházejí z detoxifikační jednotky (30 %), ze základní léčby v psychiatrické léčebně bez detoxu (30 %) anebo s detoxem (40 %).

Vztahy uvnitř komunity jsou hodnoceny jako dobré. Klienti se každodenní interakcí spolu učí žít a vycházet. Vztahy vůči terapeutům mají klienti odlišné dle toho, o jakého terapeuta se jedná. To je však přirozené, jelikož ani v běžném životě nemáme na všechny lidi stejný názor. Často zmiňovanou osobou mezi terapeuty byla vedoucí komunity, která

klientům v jejich léčebném procesu hodně pomáhá. Osobnost vedoucího komunity je vcelku důležitým článkem.

Vztahy vně komunity se zdají být poněkud složitější. 100 % klientů, pokud byli dotázáni na vztahy mimo komunitu, mluvilo o rodinných vztazích. Tam, kde jsou léčeny mladší osoby, je vztah s rodiči problematický. Všichni na těchto vztazích chtějí pracovat a zlepšovat je, ale vědí, že bude těžké získat zpět důvěru. Starší klienti nemají se vztahy mimo komunitu vcelku žádné problémy. Všem bylo po uvážení jejich situace doporučeno přerušení kontaktů, které měli spojené s požíváním návykové látky.

Klienti si vybírají nebo je jim přidělen z terapeutického týmu terapeut, který jim dělá garanta. Spolu plánují dlouhodobé a krátkodobé cíle a jejich kroky ke splnění. Při vstupu do terapeutické komunity si klient navíc stanovuje tzv. předběžný cíl, kterým je nejčastěji najít si práci. 100 % klientů plní tyto kroky a snaží se všech svých cílů dosáhnout. Toto plnění není stoprocentní, avšak posun k cíli se vyskytuje u všech. Kdyby zde tento posun nebyl, nemohli by dále v komunitě zůstat.

V plnění předběžného cíle klientům pomáhá garant, režim, pravidla a funkce v TK, rodinní příslušníci, skupinová terapie, rodinná terapie, sebepřemýšlení (popř. sebeuvědomění si, např. abstinence), doktorka (vedoucí komunity), komunita celkově, někteří terapeuti, kurátorka, práce.<sup>18</sup>

Klienti také hodnotili aktivity dle toho, jak jim nejvíce pomáhají v jejich léčebném procesu. Při zpracování dat jsme hodnocení rozdělili na 5 základních kategorií – pomáhá, spíše pomáhá, je neutrální, pomáhá méně, nejméně pomáhá. Mezi aktivity, které byly hodnoceny jako nejvíce pomáhající, patří Volná tribuna a komunitní setkávání. Spíše pomáhajícími aktivitami jsou neverbálky a arteterapie, neutrálními individuální plánování, rodinná terapie a skupinová terapie. Individuální sport byl hodnocen jako méně pomáhající a klub, kolektivní sport, pracovní terapie a terénka jako nejméně pomáhající.

Přínos v naší práci vidíme v možnosti zhodnocení kvality terapeutických aktivit v komunitě a uvědomění si možných mezer v těchto aktivitách dle subjektivního posouzení klienty. Domníváme se, že tato získaná kvalitativní data je možné využít pro vytvoření si obrazu o klientech TK Dubí a jejich drogové kariéře.

---

<sup>18</sup> Řazeno od toho, co nejvíce pomáhá.

Na závěr chceme ještě zdůraznit, že jsme si vědomi, že naše výsledky jsou pouze orientační. Cílem našeho šetření bylo získat kvalitativní data a závěry z nich vzniklé nelze považovat za všeobecně platné.

## ZÁVĚR

Díky pravidelnému docházení do terapeutické komunity pro závislé osoby v Kladně - Dubí jsme získali vcelku komplexní obraz o fungování komunity. Také jsme navázali otevřené a přátelské vztahy, které nám následně pomohly při získávání dat pro naše kvalitativní šetření.

V teoretické části jsme použili informace, které měly pomoci pro lepší orientaci v tématu a celém výzkumném šetření. Popsali jsme závislost jako syndrom a diagnostické měřítko, dále jsme se věnovali terapeutické komunitě v rámci systému služeb pro závislé jedince v České republice, historii a struktuře terapeutické komunity, popsali jsme jednotlivé aktivity, které jsou v jejím programu.

Z informací uvedených v teoretické části jsme následně vycházeli při šetření, které přineslo zajímavé poznatky o klientech TK, jejich drogové kariéře a léčbě.

Všechny programy pro drogově závislé jsou přínosné jak pro jedince, tak ve svém výsledku i pro celou společnost. Primární prevence se snaží předcházet začátku užívání. A vždy se osvědčuje postup, kdy se na určitý jev zaměřujeme s předstihem, než se rozvine.

Sekundární a terciární prevence se soustředí na klienty, kteří již závislosti propadli. Pro celou společnost je stále výhodné snažit se o vyléčení závislých osob i přesto, že se někteří lidé proti bezplatné léčbě pro drogově závislé bouří, jelikož mají pocit, že „závisláci si za to mohou sami“. Již na první pohled jsou však jasné kladné stránky poskytování těchto služeb.

Tím, že závislí lidé budou využívat služeb pro drogově závislé osoby, zmenší se u nich zdravotní rizika, sníží se počet sociálně–patologických jevů a celkově se zvýší kvalita jejich života. Ve výsledku to bude znamenat mimo jiné i finanční úspory pro stát, protože například uživatelé nelegálně vyráběných drog jsou celkem velkou finanční zátěží, jelikož jejich výrobu a distribuci nelze nijak oficiálně hlídat. Také pokud se jedinec léčí či již žije s abstinencí, je schopen docházet do práce a běžně fungovat, založit rodinu atd. Tím znovu podporuje fungování na úrovni státu, ale také na individuální úrovni.

I když některé výzkumy mohou uvádět velmi nízká čísla ohledně klientů, kteří léčbu dokončili a dále abstinují, což může mít demotivující vliv především na pracovníky adiktologických služeb, je i nedokončená léčba jistým úspěchem. U některých klientů se



stává, že i po předčasném opuštění léčby abstinují. Avšak i u těch, kteří následně neabstinují, je pozitivní, že v době léčby drogy nebrali. Tím pádem se jim snížila tolerance k droze (nepotřebují tedy tak velké dávky), pročistil se jim organizmus a dá se předpokládat, že i nedokončená léčba je jistým způsobem ovlivnila.

Je tedy důležité v České republice podporovat a rozvíjet služby spadající pod všechny tři druhy prevence. Také by se nemělo zapomínat na péči o pracovníky v oboru adiktologie. Situace je v České republice poněkud složitá především díky nedostatečným finančním prostředkům, a tak můžeme jen doufat, že se bude postupem času zlepšovat.

## LITERATURA

ATKINSONOVÁ, RITA L. *Psychologie*, Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.

GABRHELÍK, R., ŠŤASTNÁ, L., HOLCNEROVÁ, P., MIOVSKÝ, M., MINOŘÍK, J. *Aktuální otázky léčby závislosti na metamfetaminu*, Adiktologie : odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislosti, 2010, roč. 10, č. 2. ISSN 1213-3841.

GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog : důkazy o účinnosti*, Praha : Úřad vlády České republiky, c2009. ISBN 978-80-87041-81-9.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*, Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.

HELLER, R., PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti : alkoholismus jako nemoc a možnost efektivní léčby*, Praha : Togga, 2011. ISBN 978-80-87258-62-0.

KALINA, K. *Terapeutická komunita : obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*, Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2.

KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*, Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti : mezioborový přístup. 1*, Praha : Úřad vlády ČR : Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti : mezioborový přístup. 2*, Praha : Úřad vlády ČR : Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KRATOCHVÍL, S. *Terapeutická komunita*, Praha : Academia, 1979.

MKN-10 *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize : duševní poruchy a poruchy chování : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*, Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 80-85121-44-1.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*, Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-515-6.

NEVŠÍMAL, P. (ed.) *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. : vznik a vývoj*, Praha : Středočeský kraj ; Mníšek pod Brdy : Magdaléna, 2004. ISBN 80-239-4814-8.

NEVŠÍMAL, P. (ed.) *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. : česká praxe*, Praha : Středočeský kraj : Magistrát hl. m. Prahy, 2007. ISBN 978-80-7106-937-9.

ORLÍKOVÁ, B. *Kritéria závislosti*. In *Drogy – otázky a odpovědi*. Kolektiv autorů občanského sdružení Sananim. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2

RABOCH, J., ZVOLSKÝ, E. *Psychiatrie*, Praha : Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

ROTGERS, F. *Léčba drogových závislostí*, Praha : Grada, 1999. ISBN 80-7169-836-9.

SKÁLA, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, Praha : Avicenum, 1987.

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy : průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*, Praha : Maxdorf, 1996. ISBN 80-85800-33-0.

VANÍČKOVÁ, E. *Vývoj závislostí*, Praha : Česká společnost na ochranu dětí, 2003. ISBN 80-239-1556-8.

#### Elektronické zdroje

MAREK KOTAŇSKI [online]. 2008-2011 [cit. 27-3-2012]. Dostupné z WWW:

<<http://en.poland.gov.pl/Marek,Kotanski,2082.html>>

MAGDALÉNA, o.p.s [online]. 2007 [cit. 3-4-2012]. Dostupné z WWW:

<<http://www.magdalena-ops.cz/>>